

Saúl Osorio y Berenice Ramírez

Seguridad o Inseguridad Social: los Riesgos de la Reforma

457130

15

M. -

076

19. 22699

Índice

Primera edición, mayo de 1997

© Universidad Nacional Autónoma de México
© Saúl Osorio Paz y Berenice P. Ramírez López
© Triana Editores

ISBN 968-7391-19-X

Diseño:
Mercedes Valle
Héctor Villanueva

Impreso en México
Printed in Mexico

9	Presentación
13	Introducción
21	Las reformas económicas y sociales en curso: principales disputas teóricas y políticas <i>Patricia Olave</i>
39	Un aporte en referencia al cambio del capitalismo y las reformas a la seguridad social <i>Saúl Osorio Paz</i>
51	La reestructuración capitalista de los sistemas de pensiones en América Latina <i>Luis Gutiérrez Urdaneta</i>
73	La seguridad social en México. Qué ha sido, qué se reforma y tendencias <i>Berenice P. Ramírez López</i>
99	El IMSS: problemática y reestructuración <i>Angelina Gutiérrez Arriola</i>



H 67130
076

Presentación

Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la Reforma, es un libro de actualidad en el contexto económico y social de América latina y del resto del mundo, que busca determinar las tendencias del capitalismo contemporáneo.

En efecto, hasta hace pocos años el capitalismo, con las deficiencias que fueren, había asumido importantes responsabilidades sociales como son la salud, la maternidad, los riesgos profesionales, la cobertura de fondos de pensiones, etc., responsabilidades que obviamente propendían al bienestar de la población, especialmente de la población creadora de riqueza: la población trabajadora y su familia. En lo esencial, aunque el financiamiento se ha denominado tripartito: Estado, trabajadores y patrones, en última instancia proviene de esa riqueza creada por el trabajo, en condiciones capitalistas al presente.

Entre las reformas readecuadoras que ha emprendido el capitalismo están las correspondientes a la seguridad social, las cuales ameritan y son dignas de investigación y estudio, por cuanto afectan a millones de habitantes de las presentes y futuras generaciones. El hecho en sí tiene alcances sociales y humanos, pero también de orden económico por lo que hace al financiamiento y la forma de administrarlo y por la capacidad que se genere entré la población como fuerza productiva en el proceso de producción. Como se sabe en América Latina varios países han hecho reformas de esta índole y otros están por emprenderlas según las presiones que reciban por los intereses en juego.

Una interrogante que esta presente en dichas reformas es hasta donde persiguen el bienestar de la población asegurada como en ocasiones se propala por sus promotores, ya que en otras oportunidades se sostiene la necesidad de

Las reformas al financiamiento de la salud en México

Erik Bloom

Jairo Restrepo Zea

La reforma del sistema de pensiones y el ahorro interno

Juan Arancibia Córdova

El papel de las administradoras de fondos para el retiro como instrumentos de crecimiento económico

Leticia Felicidad Treviño Saucedo

La reforma de la seguridad social en Estados Unidos

Elaine Levine

Conclusiones

Bibliografía y Hemerografía sobre Seguridad Social

Sobre los Autores

ahorro interno, olvidando los problemas relativos a la seguridad social. Y la preocupación es mayor por cuanto el capitalismo transnacional persigue eliminar cuanto valor humano y responsabilidad previos se oponga a la forma de acumulación asumida: expansión ilimitada, altas tasas de ganancia y fusiones continuas que concentren y centralicen el capital.

En los países subdesarrollados el capitalismo central ha logrado subordinar plenamente a los gobiernos locales. A este capitalismo, le es inherente, por tanto, la ideología neoliberal, adecuada para exacerbar el individualismo, poner el mercado como valor supremo, lo cual requiere minimizar al Estado quitándole su responsabilidad social, pero ampliando y profundizando su poder en favor del capital financiero. De ahí las políticas de privatizaciones y desnacionalizaciones. El neoliberalismo como cobertura ideológica del capitalismo propende a la derrota de las naciones subdesarrolladas, entendidas éstas como las poblaciones respectivas, pero de manera especial a mermar o destruir la fuerza de la clase trabajadora, lograda en tiempos pasados.

Obviamente el tema es vasto, y por eso no es posible cubrir todos los ángulos a que puede dar lugar. Algunas reformas están por realizarse, indudablemente.

En una primera aproximación se puede observar que privan los intereses del capital, especialmente del gran capital financiero, antes que los intereses de la denominada población beneficiaria, lo que permite prever ineficiencias y sesgos perjudiciales para los asegurados en el corto, mediano y largo plazo.

Con la presentación de este libro se desea evidenciar la importancia de la temática sobre seguridad social, que pretende introducir y llamar la atención así como hacer una contribución al respectivo debate, que sin duda continuará por varios años.

En la introducción se ubica el contexto en el que se establecen las reformas a la Seguridad Social, sus principales características y resultados (Berenice Ramírez, Juan Arancibia). Enseguida se aborda el comportamiento económico, social y político del capitalismo actual (Patricia Olave: *Las reformas económicas y sociales en curso: Principales disputas teóricas y políticas*), además se particulariza sobre condiciones concretas del sistema, enfatizando sobre la cuestión central en alguna de las reformas (Saúl Osorio:

Un aporte en referencia a cambios del capitalismo y las reformas a la Seguridad Social).

Uno de los argumentos torales del neoliberalismo es la eficiencia de la propiedad privada y la ineficiencia del Estado, éste tema se enfoca, asimismo, en busca de resultados ante hechos concretos (Luis Gutiérrez Urdaneta: *La reestructuración capitalista de los Sistemas de Pensiones en América Latina*). En el caso concreto de las reformas emprendidas en México, importan el pasado, el presente y el futuro para determinar posibles efectos concretos (Berenice Ramírez López: *La Seguridad Social en México: qué ha sido, qué se reforma y tendencias*).

Igualmente se analizan las posibles razones y las reformas proyectadas para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), indicando al respecto situaciones específicas (Angelina Gutiérrez A.: *IMSS: Problemática y reestructuración*) en éste mismo orden de preocupaciones se teoriza acerca de la salud y la maternidad, los mercados de servicio, modelos de financiamiento de las instituciones, etc. (Jairo Restrepo Zea y Erik Bloom: *Las reformas al financiamiento de la salud en México*). Como parte de los argumentos para impulsar las reformas, ha sido la necesidad de ahorro interno para generar empleo, se trata a ese problema, pero también vinculado a la necesidad de una política de inversión (Juan Arancibia C.: *La reforma en pensiones y el ahorro interno*).

Dentro de ésta temática se requería caracterizar las reformas relativas a pensiones, en especial lo referente al manejo de los fondos respectivos y sus posibles consecuencias. (Leticia Felicidad Treviño Saucedo: *El papel de las Administradoras de fondos para el retiro como instrumentos de crecimiento económico*).

Como las reformas mencionadas, con sus particularidades, se promueven también en países desarrollados, a fin de tener algún término de comparación con esos países se expone el caso de Estados Unidos (Elaine Levine: *La reforma de la seguridad social en Estados Unidos*).

Como puede notarse, el presente texto contiene suficientes elementos para activar la discusión entorno de las reformas a la seguridad social en América Latina.

Este esfuerzo colectivo, tuvo la participación de investigadores del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM, del Centro

Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), del Centro de Estudios de América de la Habana, Cuba y de la Universidad de Antioquia, Colombia. Fue auspiciado por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico en su Programa de Apoyo a la Investigación e Innovación Tecnológica, apoyado por la Dirección de nuestro Instituto y mediante el Convenio de Intercambio Académico establecido con el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, a quienes se agradece su colaboración. En particular, a sus directivos, Dr. José Luís Boldú, Dra. Alicia Girón y Dr. Alvaro Carranza.

Expresamos también nuestro agradecimiento a los comentaristas de los Seminarios realizados en el mes de mayo y noviembre de 1996: Dr. Jaime Osorio, Dr. José Luis Rangel, Lic. Ramón Pieza Rugarcía, Lic. Silvia Nuñez, Mtra. Odilia Ulloa, Lic. Ricardo García Saínz, Lic. Benito Rey Romy, Mtro. José Luis Miranda y Mtra. Rocío Santoyo.

Quiero destacar el papel desempeñado por la Mtra. Berenice Ramírez en su calidad de corresponsable y coordinadora del Área de Economía Mundial y América Latina y el apoyo de los becarios Mónica Sosa, Luis Gutiérrez y del Lic. Carlos Ramírez, así como el apoyo de captura efectuado por las Sra. Elvira Rojas, Sra. Adriana Navarrete y Sr. Enrique Amaya.

Saúl Osorio Paz.

Introducción

La crisis del modelo económico y del tipo de Estado, que afectó a los países latinoamericanos durante los años ochenta, generó primero políticas de ajuste y estabilización y luego una reestructuración profunda de las economías, las sociedades y el Estado.

Las políticas de ajuste y de estabilización supusieron recortes en el gasto estatal y recesión económica y ambos fenómenos afectaron al gasto social en general y, a la seguridad social en particular. Salarios reales a la baja, crecimiento de la desocupación, menor capacidad de generar empleo y altas tasas inflacionarias, alteraron a la seguridad social, que se sustenta sobre cuotas.

La necesidad de pagar la deuda externa, el ajuste fiscal y los menores ingresos del Estado por la recesión llevaron a un incumplimiento de éste con sus obligaciones, entre ellas con la seguridad social y a disminuir los aportes de subsidios que en algunos casos venía realizando.

Por su parte, el proceso de reestructuración capitalista de las economías latinoamericanas, caracterizado por la apertura de los mercados nacionales hacia el exterior, por la revalorización del sector privado acompañada por desreglamentaciones y ventas de empresas estatales, han coadyuvado a facilitar la actuación del mercado. Un elemento sustancial de esta reestructuración ha sido la decidida reforma en las funciones del Estado. Transformar el Estado empresario e interventor en la economía en un Estado regulador y subsidiario¹

¹ Limitarse a realizar solamente aquello que no pueden hacer o no hacen los organismos intermedios de la sociedad, ver. Bowen Herrera Alfredo *Introducción a la Seguridad Social*. . Santiago, ed. Jurídica de Chile, 1992.

ha propiciado que los gobiernos y élites dirigentes se plantearan como parte y en correspondencia al actual modelo de reproducción social, reformas radicales o parciales de los sistemas de seguridad social.

Las reformas radicales, suponen procesos globales de privatización, mientras las reformas parciales, afectan de diversa manera a los sistemas existentes, pero en general buscando un mejor uso de los recursos y hacer más eficiente el conjunto del proceso, desde la perspectiva del saneamiento financiero, de eficientar el costo-beneficio y la competencia. En el caso de las reformas, la subrogación de servicios al sector privado, es la línea central que se ha seguido.

De acuerdo con el contenido de las reformas instrumentadas y propuestas, en particular las referidas a los seguros sociales,² la debilidad financiera y la inviabilidad de mantener en el futuro a la seguridad social mediante sistemas solidarios y de reparto,³ se constituye en la razón de ser de las reformas. Los cambios demográficos y epidemiológicos pero principalmente el crecimiento del desempleo y de la ocupación informal así como la caída en los ingresos reales, determinan esta orientación.

Es por ello que una de las medidas que las reformas están impulsando tiene que ver con la individualización de las cuentas del ahorro previsional y su administración por entidades privadas, con ello se pretende un sistema de capitalización colectiva, mediante la constitución de un fondo común formado por el conjunto de los asegurados, dentro de ésta concepción la llamada solidaridad intergeneracional se elimina y lo que se persigue es que una generación se baste a sí misma ya que los beneficios serán observados hasta que la población adquiera el rango de pasiva y ello dependerá de las inversiones realizadas y del rendimiento alcanzado. Con la privatización de los fondos de pensiones, pareciera ser que el objetivo fundamental que se busca es el

² La seguridad social abarca los seguros sociales, las asignaciones familiares, la asistencia social y los programas públicos de cuidado a la salud. Los seguros sociales comprenden pensiones por vejez, invalidez y muerte, la atención médico-hospitalaria y las prestaciones monetarias por riesgos ocupacionales, enfermedad o maternidad.

³ El sistema de reparto consiste en que busca la proporcionalidad directa entre las entradas y salidas de cada ejercicio, la prima o cotización de la generación activa está sirviendo a la generación pasiva que le ha antecedido y así sucesivamente. ver, *op.cit.*, Bowen.

fortalecimiento del sistema financiero mediante el ahorro forzoso de los trabajadores y su presumible impacto en el ahorro interno, la inversión y el crecimiento económico. Asumiendo que esa es la lógica no se repara en analizar el impacto de la actuación del capital financiero, el que por falta de controles ha fortalecido las actividades especulativas y por lo tanto no se analiza ni toma en cuenta las causas y consecuencias de las crisis financieras por las que han pasado nuestros países a lo largo de los últimos quince años. Así como tampoco se discute, ni se proponen políticas de inversión para crear las condiciones de un "núcleo endógeno" de crecimiento en la relación inversión-ahorro.

Ante estas determinaciones las reformas van configurando los alcances de la política social para fines de siglo y que pareciera concentrarse en el fortalecimiento de los programas asistenciales, por lo que mantener a la seguridad social en su carácter de derecho social y ciudadano, se transforma en uno de los riesgos de las reformas mencionadas.

Frente a un gasto público disminuido y ante la incapacidad de generar empleos e incrementar el salario real, principal sostén de la seguridad social, las reformas se han orientado por encontrar otras fuentes de financiamiento. Y a partir del cambio en la relación entre el Estado y el mercado hacer coincidir lo público y lo privado, tanto en la elaboración de la política social como en la construcción de un Estado subsidiario que va determinando la individualización de las responsabilidades sociales.

Los intentos que el conjunto de los gobiernos latinoamericanos han realizado para superar los saldos negativos, externos e internos y la inflación, mediante programas de ajuste y estabilización, así como para crear nuevos espacios de financiamiento mediante la apertura de las fronteras nacionales, han afectado la organización y el funcionamiento de los actores sociales, y han arrojado un alto costo social. Principalmente porque la superación del estancamiento económico se ha basado en soluciones de mercado que, al tratar de combinar la apertura con la estabilización, la disminución de los costos laborales ha sido la constante así como el favorecer al capital comercial, financiero y especulativo, más que al industrial. Todo ello en un entorno de lento crecimiento de las economías desarrolladas y de disputa por espacios de generación del excedente económico, como lo expresa el fenómeno de la

globalización. El resultado, mayor concentración de la riqueza y una débil reactivación económica.

Durante los años noventa, América Latina ha presentado una tasa media de crecimiento en el PIB del 3%, pero esta no ha bastado para resarcir el estancamiento productivo de los años ochenta. En 1996 el producto por habitante fue 1% inferior al que la región alcanzó en 1980.⁴ Por su parte, el desempleo urbano presenta tasas que van de los 6 a los 18% de la PEA.⁵ La caída del salario real entre 1982 y 1996 ha sido de 50 a 70 por ciento en el salario mínimo y de alrededor del 40% en el salario medio.

Por los cambios aquí referidos la proporción de pobres en América Latina ha crecido de 43% de la población total en 1986 a 46% en 1990.⁶ Asimismo, la línea de indigencia pasó de 19 a 22 por ciento. Esto significa que en la región 200 millones de personas son pobres y 98 millones son indigentes. Frente a estos datos, la falta de empleo, la precariedad laboral y el crecimiento de la pobreza, dan contexto a los riesgos y problemas que deberá atender las futuras políticas sociales en general y los contenidos de la política social en particular.

Uno de los países que se considera modelo para la reforma a la seguridad social es Chile, quien desde 1979 inicio las modificaciones a su sistema. Hasta principios de los años setenta el sistema de seguridad social chileno cubría virtualmente a toda la población y ofrecía generosas prestaciones. Sin embargo era sumamente fragmentado y estratificado, no había coordinación eficaz, existían privilegios injustificados, desigualdades importantes, sufría desequilibrios financieros y necesitaba cuantiosos subsidios

⁴ La tasa de crecimiento media anual del PIB entre 1981 y 1990 fue de 1.1%, de 1991 a 1996 de 3.1. El PIB per capita para ambos periodos fue de -0.9% y de 1.1. Para 1996, la tasa de desempleo como promedio regional fue de 7.7%, pero países como Argentina, Uruguay, Venezuela, Colombia, Panamá presentan desempleo entre el 11 y 18% de su Población económicamente activa. Así mismo si se observa el comportamiento de los ingresos reales, se pueden determinar la magnitud de las caídas. Por ejemplo, medido como índice 1990=100, Argentina presenta, 130 (1980), 100.8 (1996), Costa Rica 115, (1980) 111 (1996), México 128.3 (1980) 98.8 (1996), Perú 309.3 (1980) 109.8 (1996) (CEPAL, *Balance Preliminar de la Economía de América Latina y el Caribe*, Naciones Unidas, Santiago de Chile, diciembre de 1996.

⁵ *Ibid.*

⁶ CEPAL, *Panorama Social de América Latina*, Santiago de Chile, ed. ONU, 1994.

estatales.⁷ En 1979 y con el gobierno militar se promulgó una ley que normalizó y unificó ciertas condiciones de los sistemas de pensiones y que empezó a operar en 1981. El programa estableció: 1) la administración de los fondos de pensiones por empresas privadas, las denominadas Administradoras del Fondo de Pensiones (AFP) quienes compiten libremente bajo el control de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones (SAFP) y con diversas garantías del estado; 2) un sistema obligatorio de ahorros para pensión por vejez, invalidez y muerte, mediante compañías de seguros privadas; 3) los trabajadores son los únicos contribuyentes del sistema (sólo en caso de accidente de trabajo el patrón contribuye con un porcentaje); 4) las contribuciones de los asegurados se depositan en una cuenta individual que administran e invierten las AFP, los retornos de las inversiones se acreditan a la cuenta del asegurado; y 5) los jubilados pueden optar por diversas alternativas de pensión.

En casos como el de Chile, la privatización de los fondos de pensiones en un contexto de crecimiento económico sostenido ha permitido que éstos, se conviertan en importantes animadores de la Bolsa de Valores y que salgan del país para ser invertidos en otros lugares de América Latina. Estos fondos están contribuyendo al ahorro y la inversión y, por lo tanto, a fortalecer las posibilidades de crecimiento.

No obstante, las ventajas que pueden visualizarse hay también límites y problemas que pueden destacarse, por ejemplo: el sistema de salud privado sólo atiende al 30% de la población, el otro 70% tiene que ser atendido por el Estado, tomando financiamiento de los impuestos, es decir, dado el dualismo social, la pobreza amplia y el desempleo, entre otros, el sistema privatizado va necesariamente acompañado de uno estatal, con lo cual lo que se tiene es un sistema mixto, por desarticulado que éste sea.

Por su parte, la seguridad social argentina tenía una cobertura casi universal y su sistema de pensiones ofrecía condiciones favorables para los trabajadores. La pensiones de invalidez se concedían con facilidad, la pensión se fijaba en 70% a 82% del salario base, calculado de acuerdo a los tres mejores

⁷ Mesa-Lago, Carmelo. *La Reforma a la seguridad social en América latina y el Caribe: hacia una disminución del costo social del ajuste estructural*, Santiago de Chile, CIEDESS, 1994, pp. 171.

salarios anuales entre los diez años anteriores a la jubilación y debía ajustarse de acuerdo a las alzas salariales nacionales. En algunos casos se permitía jubilar con pocos años de servicio (trabajadores del poder ejecutivo, judicial y legislativo).

Estas condiciones no podían satisfacerse mediante la población activa cotizante, desde 1981 el Estado había subsidiado hasta el 35% de los gastos por pensiones y dicha carga seguía creciendo año con año. Con la crisis económica de la década del ochenta el déficit se agravó: el empleo decreció un 39% entre 1975 y 1988, y los salarios reales se redujeron por lo que las recaudaciones disminuyeron. Debe destacarse que en 1980 la contribución patronal fue eliminada por el gobierno militar y sustituida en parte por las recaudaciones del IVA. En 1984, con el gobierno civil, la contribución patronal fue reinstaurada pero a un nivel menor al vigente al momento de su derogación. Además, la relación trabajador activo/pensionado fue reduciéndose a 1.62, cuando es necesario que la relación sea de cuatro trabajadores activos por un pensionado para que el sistema pudiera funcionar bajo las mismas condiciones⁸.

En octubre de 1993 se aprobó la Ley Nacional del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SNPS). Actualmente los trabajadores pueden escoger entre un Régimen Previsional Público, financiado por reparto, y un Régimen de Capitalización Mixto (RC).

En Costa Rica, Perú, Colombia y Uruguay ya están funcionando las reformas, en el resto de los países de la región están en vías de aprobarse, la característica principal es la privatización de los fondos de pensiones, el aumento en la edad de jubilación y el desaliento a la jubilación anticipada, así como la posibilidad de que participen instancias mixtas en el otorgamiento de la salud.

Por lo que respecta a México, la reforma del Instituto Mexicano del Seguro Social aprobada en diciembre de 1995, ofrece la posibilidad de investigar en un caso concreto, las características y efectos probables de estas reformas. Establecer sus causas en un contexto de dificultades financieras y de cambios epidemiológicos y demográficos, así como determinar las nuevas funciones del Estado, observar cómo se va perfilando la institucionalización

de los sistemas mixtos, con la separación de funciones entre lo público y lo privado. Aspecto que estará determinado por el funcionamiento y administración que tendrá el sistema de salud por una parte y las pensiones y prestaciones por otro. La privatización de los fondos y su vinculación al capital financiero, no solo estará sometiendo el ahorro previsional al riesgo financiero sino que también estará contradiciendo el carácter de sistema público nacional que la Constitución Política otorga a la seguridad social y cuyo carácter fue refrendado en el capítulo I, artículo I de la Ley Originaria del Seguro Social. Todo ello está estableciendo nuevas relaciones entre el sector privado y el público y modificaciones en la forma de generar políticas sociales.

En un escenario que está orientado a beneficiar las relaciones de mercado, las desigualdades han crecido y uno de los riesgos de que el mercado actué sin regulaciones determinadas, en su caso por el Estado, puede significar ampliar los problemas que viene arrastrando la seguridad social, como son, su falta de cobertura universal, su ineficiencia y problemas de calidad. O por el contrario puede significar un alto costo para el Estado en la medida en que se avance hacia la institucionalización de los sistemas mixtos. Los riesgos de las reformas aprobadas, en un contexto de estancamiento productivo, de deterioro en los niveles de vida de la mayoría de la población, no debiera modificar los objetivos de la seguridad social, orientada a elevar la calidad de vida de la población en general y ser un vehículo que coadyuve en la redistribución del ingreso. Los riesgos sociales al tener un origen biológico, patológico y económico-social, no dependen de la voluntad de los individuos y el compromiso del Estado asumido como resultado de las demandas sociales, forman parte ya de los derechos sociales y humanos adquiridos.

Estos son algunos de los argumentos principales que se discuten en este proyecto colectivo, que esta constituido por diversas investigaciones. El objetivo central es conocer y evaluar, las características y alcances de la reforma del Instituto Mexicano del Seguro Social, a la luz de las reformas instrumentadas en América Latina, en este sentido hacemos referencia explícita a lo acontecido en Chile, en Estados Unidos y en Colombia. Analizamos de estas reformas dos aspectos, la salud y las pensiones. Evaluamos el impacto en cuanto a : modalidades de financiamiento y su correspondencia con la inversión y el ahorro interno y en función de ellos perseguimos determinar si

⁸ *Ibid*, pp. 214.

se mantienen los aspectos de responsabilidad social que la seguridad implica y si guarda relación con los principios clásicos de la seguridad social.

Berenice Ramírez
Juan Arancibia.

Las reformas económicas y sociales en curso: principales disputas teóricas y políticas

Patricia Olave¹

Las reformas a la seguridad social en América Latina y México, tema de este esfuerzo colectivo, no puede tratarse como un hecho o un dato aislado. Estas reformas son parte de un conjunto de modificaciones que tienen un carácter de más largo aliento. Ellas, apuntan a una transformación societal profunda que modifica la idea de desarrollo y bienestar que por décadas fue impulsada en la región, apoyada por una fuerte participación estatal.

Por lo general cuando se habla de las reformas en curso, se tiende a mostrarlas como algo distintivo y propio del neoliberalismo, lo que no es del todo falso, pero si insuficiente. La resolución de la crisis que asola al capitalismo desde fines de los años sesenta ameritaba introducir cambios significativos a nivel productivo e institucional, independiente de tal o cual paradigma teórico. Cuestión que se ha venido cristalizando en el proceso de globalización en marcha.

Visualizar la necesidad de estos cambios nos remite a una cuestión bastante más estructural: el patrón o modelo de reproducción del capital, concepto que en líneas gruesas da cuenta de los ejes fundamentales en torno a los cuales se organiza la producción la distribución y la realización, pero que incluye además una serie de otras articulaciones, como son una determinada relación Estado-economía, Estado-sociedad, una precisa relación entre las clases y sectores sociales, etc.

Si bien la lógica de funcionamiento del patrón tiene cierta autonomía, en tanto expresa las formas que asumen los distintos capitales para resolver

¹ Investigadora del Área de Economía Mundial y América Latina. IIEC. UNAM.

sus problemas de ganancia, no es del todo ajena a una determinada política económica que tiende a proporcionarle los instrumentos más adecuados para su reproducción.

La propuesta Keynesiana, por ejemplo, se mostró mucho más eficaz para apoyar la recuperación de post-guerra, en tanto la lógica económica necesitaba una fuerte inyección de apoyo y regulación estatal. Lo que a su vez configuró nuevas alianzas de clase y compromisos con diversos sectores sociales.

La crisis de estancamiento con inflación de fines de los años sesenta, puso en jaque también al llamado Estado Social, que se había sobrecargado de demandas por parte de poderosos sindicatos y organizaciones sociales. Era necesario romper el círculo protector y la fuente de desequilibrios y distorsiones económicas, a la vez que, en el plano de la reestructuración productiva, fomentar la apertura, para buscar abatir costos y ganar nuevos mercados en el marco de un acentuamiento de la competencia internacional.

La política keynesiana iba en este sentido, en dirección contraria a las necesidades de ajuste del patrón. Es por ello, que surge con fuerza otra propuesta: la neoliberal, en tanto que cuerpo teórico e instrumental se adecua más al tipo de transformaciones requeridas.

La base necesaria era el rompimiento de la regulación, y la liberalización de todos los mercados, sobre todo el laboral, ya que se necesitaban condiciones más "flexibles" para la restitución de la tasa de ganancia.

En parte importante aunque no única, la relación patrón-política económica nos permitiría entender el porqué el neoliberalismo se ha montado sobre la necesidad de reestructuración del patrón a nivel mundial, al punto de hacerlo aparecer como la única vía posible.

Si bien el neoliberalismo arranca de una matriz neoclásica, tiene la virtud de haber elaborado una propuesta mucho más realista y pragmática. Reconoce la necesidad de efectuar cambios estructurales de más largo plazo, que la sola corrección de la inflación (enfoque monetarista tradicional) como fenómeno de corto plazo, y da cabida a una participación selectiva del Estado.

Es por ello, que se habla de un enfoque refundacional, que además de las reformas económicas, incluye también las reformas de tipo social, y en su vertiente política, la reforma del Estado (reforma política, electoral etc.). Esta modificación profunda conlleva un nuevo sistema de articulación y

compromisos entre las distintas clases y sectores sociales, lideradas por una élite cada vez más reducida del gran capital, lo que le imprime una elevada característica de exclusión hacia el grueso de la población. Es por ello, que algunos autores definen esta nueva situación como de capitalismo salvaje.

La situación de América Latina no escapa a estas tendencias. Sin embargo, presenta algunas particularidades. En los años setenta se hizo evidente para la mayoría de las economías de la región, el agotamiento del patrón sustitutivo. Sin embargo, no es a partir de los años ochenta -con la excepción del caso chileno y argentino que lo intentan en los años setenta- que comienzan a observarse algunos cambios estrechamente ligados a la imposición del saneamiento y ajuste estructural como parte del paquete de renegociación de la deuda externa.

En la región el paso a un patrón de especialización productiva volcado hacia el exterior y apoyado en el esquema neoliberal, es instrumentado sin mayores cuestionamientos por parte de los gobiernos locales.

Congruente con la lógica del ajuste neoliberal, hacia fines de los años ochenta la mayoría de las economías latinoamericanas habían completado su fase de saneamiento económico (en donde destaca el control inflacionario y el déficit público), a la vez que las políticas económicas habían alcanzado un alto grado de homogeneización, lo que entre otras cosas, explica la proliferación de acuerdos de libre comercio, motor que está impulsando a una mayor especialización exportadora.

En los años noventa ningún gobierno de la región se cuestiona la pertinencia de la apertura productiva y financiera, el resguardar los equilibrios macroeconómicos, la necesidad de la privatización y desregulación, la flexibilización del mercado laboral, etc., todo ello, en aras de la modernización y la eficiencia que permita una integración competitiva al proceso de globalización.

Una vez alcanzado cierto nivel de "saneamiento", se dice que la tarea fundamental es la del crecimiento económico. Si bien desde principios de esta década se observa en la región una leve recuperación del PIB, y algunos avances en materia de modernización productiva, ello es aún insuficiente, para recuperar lo perdido en la década anterior.

Uno de los problemas fundamentales es el financiamiento para la inversión. Si bien la apertura financiera ha avanzado, los capitales externos

mantienen una posición que privilegia las actividades especulativas, por encima de las productivas.

En este sentido, es que adquieren mayor importancia los planteamientos de incrementar el ahorro interno, cuestión nada nueva en la región. Quizá lo novedoso es la fuente de donde se obtendrá dicho ahorro.

Por una parte, se dice el Estado tiene que ahorrar, desprenderse de actividades ineficientes (léase privatizar), y además, disminuir sus gastos, sobre todo, los de orden social.

Por otra parte, y aquí es donde se ubican las reformas al sistema de pensiones, los trabajadores pueden y deben ahorrar, porque con ello no sólo contribuyen al crecimiento global y a la creación de empleo, sino también se aseguran un mayor bienestar individual y familiar futuro.

Hasta ahora nadie discute la necesidad del objetivo del crecimiento económico. Sin embargo, la pregunta es quién lo sustentará y cómo se alcanzará dicha meta. Esta pregunta adquiere mayor relevancia en la región, sobre todo si se piensa en términos no sólo de crecimiento sino de desarrollo.

Es indudable que este tema podría ser abordado desde múltiples ángulos, sin embargo, para no alejarnos del tema que hoy nos ocupa trataremos de hilar algunas ideas en torno a éste:

1- El enfoque imperante cuestiona la politizada e ineficiente participación del Estado en la función de proveer bienestar, y propone que el sector privado puede ofertar mejores bienes y servicios incluidos los de tipo social.

2- En la mejor tradición neoclásica se afirma que son los propios individuos los que pueden velar por su bienestar, ya que estarían en condiciones de elegir entre diferentes opciones que le otorga el libre mercado, aquello que le reditue una mayor utilidad.

3- En el ejemplo del manejo privado de los fondos de pensiones, esto significaría, primero que el sector privado puede manejar de manera más rentable y con mayores beneficios el fondo de ahorro de cada trabajador. Segundo, que éste puede escoger libremente entre distintas administradoras, la que le asegure mayor beneficio y ganancia.

El planteamiento es impecable pero amerita algunas reflexiones, la primera pregunta que nos asalta es ¿Qué validez tiene este tipo de argumentos en la realidad latinoamericana?

Habría que recordar que ni en los mejores momentos de elevada participación estatal y buen desempeño del modelo de desarrollo anterior, se logró resolver el problema de un adecuado nivel de bienestar y distribución del ingreso.

Cuestión que se ha profundizado con la instrumentación de las reformas económicas y sociales en curso. Las modificaciones laborales no sólo han flexibilizado el uso de la fuerza de trabajo, sino además le han imprimido un carácter cada vez más precario e inestable, ello acompañado por un fuerte deterioro del poder adquisitivo del salario, y pérdida de prestaciones sociales de tipo público.

En este contexto ¿qué significa que al trabajador se le “obligue a un ahorro forzoso”? En primer lugar, ello significaría una disminución aún mayor de su capacidad de consumo inmediato, ¿cómo resolverá sus necesidades individuales y familiares de educación, vivienda, salud, etc., si éstas siguen la línea de la privatización?

Suponiendo en el mejor de los casos que pudiera resolver estas necesidades básicas, ¿en qué niveles las haría?. Lo más probable es que lo haría castigando su consumo alimentario, de distracción, etc. Sólo hay que recordar lo que muchos autores ya han estudiado acerca de los efectos que esto tiene en la capacidad de aprender y en la productividad del trabajo, por mencionar sólo algunos, lo que tiene incidencia no sólo en el plano individual y de corto plazo, sino también en una lógica de desarrollo global futuro.

En el caso que se aceptara la idea de la libre opción de elegir los bienes y servicios que le ofrezcan mayor utilidad ¿Se podría considerar que un trabajador de la región cada vez más empobrecido tiene la capacitación e información suficiente para poder optar por alternativas que le redituen un mayor beneficio individual?

Este tipo de reflexiones entre muchas otras, son las que llaman la atención al analizar las reformas en curso. Es indiscutible que se necesitaban modificaciones importantes en los esquemas productivos e institucionales, es cierto, que la región no puede quedar al margen de las tendencias de reestructuración global, sin embargo, ¿Es la forma neoliberal la única posible?

Si miramos un poco hacia la historia y a las discusiones de distintas posiciones teóricas, el debate actual no es tan novedoso ni tan exclusivo como se quiere presentar. Quizá lo nuevo es que estamos frente a una fase distinta

del desarrollo del capitalismo, caracterizada por un proceso acelerado de globalización, lo que le otorga un carácter mucho más peligroso al proceso de “desmantelamiento” y de reformas económicas, en tanto éstas se promueven como una solución única para el conjunto, sin detenerse en las diferencias de desarrollo de cada formación social.

El objetivo particular de este ensayo es puntualizar algunos elementos generales que permitan ubicar el contexto teórico e histórico de las reformas económicas y sociales que se están instrumentando en América Latina a partir del enfoque neoliberal.

Estado liberal versus Estado social

El Estado liberal se caracteriza principalmente por la separación entre Estado y economía. El concepto de sociedad es reducido a la interacción de individuos que buscan maximizar su bienestar en dos esferas bastante diferenciadas: como productores de su vida material y como ciudadanos protegidos por un Estado de derecho, bajo premisas de igualdad de condiciones, es decir, omitiendo el problema de la diferenciación de clases sociales.

El concepto básico sería el individuo, y la sociedad constituiría la suma de las acciones individuales, articuladas en función de organizar los medios para acceder a determinados fines racionalmente seleccionados.

El liberalismo clásico arranca de postulados como los de Adam Smith: “el hombre dejado a su iniciativa, al proseguir su propio interés y bienestar, promueve el de los demás”². El ser humano es libre y propietario -de sus capacidades y de su persona-, y es a partir de esta premisa que entabla relaciones con otros en una sociedad. Así, lo social queda reducido a las interacciones individuales.

Esta visión alcanza su punto más importante con el desarrollo de la teoría del bienestar de Pareto. Según Pareto sólo se puede hablar de que el “bienestar” de la sociedad ha mejorado cuando algún individuo ha aumentado su utilidad sin disminuir la de ningún otro. Este criterio implica que la ciencia

económica pura no debe incluir juicios de valor ya que esto corresponde a la economía normativa.³

Una política económica que redistribuya el ingreso, quitando a los ricos para dárselo a los pobres, no podría juzgarse como una política que mejore el bienestar de la sociedad: las utilidades no serían comparables entre individuos.

De ahí que el enfoque neoclásico no se haya planteado la redistribución del ingreso como un problema fundamental de análisis. El crecimiento económico es garantía de empleo y distribución, cuestión que expresa la función de producción neoclásica.

La posibilidad de sustitución entre los factores productivos capital y trabajo, permiten variar la razón capital-producto a medida que prosigue el proceso de crecimiento, alcanzando una situación de crecimiento balanceado de pleno empleo. De este modo, la producción y el capital crecen a la misma tasa que la fuerza de trabajo.⁴

Este enfoque influyó de manera importante la práctica capitalista en buena parte del siglo pasado y parte de éste. Su desgaste quizá no provino tanto de las críticas teóricas, como de la propia realidad: la aparición de una serie de problemas en el funcionamiento económico descartaban la idea del equilibrio y, por otra parte, el surgimiento de luchas sociales y el fortalecimiento del movimiento socialista mostraban un marco histórico real que no podía seguir siendo explicado a partir de un esquema teórico que separaba dos esferas estrechamente interrelacionadas.⁵

La separación entre economía y política defendida por el esquema liberal clásico se muestra limitada para dar cuenta de la complejización que alcanza el desarrollo de la sociedad. La necesidad de asegurar la reproducción ampliada del sistema no puede darse a partir del accionar individual centrado en el

³ Para esta discusión remitirse a Giandoménico Majone. “La factibilidad de las políticas sociales”. *La hechura de las políticas*. Luis Aguilar, coeditor. Miguel Porrúa, México, 1992, p. 396.

⁴ Rene Villareal. *La contrarrevolución monetarista. Teoría, política económica e ideología del neoliberalismo*. FCE. México 1986, p. 75.

⁵ La crítica teórica de este enfoque provino fundamentalmente de Carlos Marx. Marx centra su aporte básicamente en la propuesta de que el sistema económico y social capitalista, por más que se sustente en decisiones racionales y óptimas a nivel individual, no garantiza el crecimiento económico estable y global. Por el contrario, tiende permanentemente a la crisis y al conflicto social.

² Adam Smith. *Investigación sobre la naturaleza y causa de la riqueza de las naciones*. FCE, México, 1982.

egoísmo lo cual obliga a dar un giro al papel del Estado a un nivel de demandas e intereses más colectivos y de clases.

El sector capitalista demandará una mayor intervención en la regulación económica, mientras que las presiones sociales incidirán en la definición de una determinada política social que concilie el funcionamiento económico capitalista con una mayor legitimidad y orden social.

Del concepto "aséptico y neutral" de Estado gendarme liberal, se transita desde finales de los años veinte de este siglo a uno regulador y benefactor, que se caracteriza fundamentalmente por una politización de las relaciones entre los individuos -o clases- y el Estado.

En el contexto de la crisis de los años veinte, que puso en entredicho la teoría neoclásica y el Estado liberal, influye de manera gravitante las aportaciones del economista inglés J.M. Keynes. La teoría de la demanda efectiva desarrollada por éste es un reconocimiento de la necesidad reguladora y planificadora del Estado, para evitar o aminorar las crisis económicas.

Según Keynes, el incremento de la demanda incentivaré la inversión, el empleo y, en general, el crecimiento económico. El papel del Estado, a través de políticas discrecionales, es fundamental, no sólo en la esfera económica, sino también en la social, entendida ésta como una compensación a los excesos del mercado. Así, el ciclo económico podría reproducirse de manera regulada y con estabilidad social.

Este concepto de Estado primó en el funcionamiento institucional y gubernamental, sobre todo en la postguerra, e incidió en la recuperación sostenida que casi por cuatro décadas mostró la economía mundial. Sin embargo, tampoco pudo lograr evitar la crisis. Para fines de los años sesentas era evidente que el ciclo económico entraba en recesión, con un crecimiento importante de la inflación, lo que algunos autores, entre ellos Claus Offe, han definido como la crisis del Estado social.⁶

Según Offe, las propias estrategias para el manejo de las crisis empleadas por el Estado de bienestar generan nuevas formas de retroalimentación de las crisis. Los Estados de bienestar se han caracterizado por su objetivo de regulación del proceso de acumulación de capital y de la socialización, medidas necesarias para evitar o minimizar los efectos paralizantes de la reproducción ampliada del sistema en su conjunto.

⁶ Claus Offe. *Contradicciones en el Estado del bienestar*. Alianza Editorial, México, 1991.

En este proceso, el Estado no sólo ha debido incorporar intereses del capital -subsidijs a la inversión, gastos en investigación y desarrollo, etc.-, sino también del sector laboral, organizado en poderosos sindicatos que exigen compensaciones a los efectos negativos del intercambio mercantil, fundamentalmente vía incremento del gasto social.

El Estado asume así compromisos con diferentes sectores sociales, que se van a expresar en una multiplicidad de demandas, que finalmente tienden a la expansión del gasto público a niveles crecientemente deficitarios.

El enfoque neoliberal

Los profundos desequilibrios macroeconómicos que enseñan las economías industrializadas desde fines de los años sesenta, pusieron en evidencia que la racionalidad que había orientado a las políticas económicas y la acción del Estado estaba en problemas.

Las críticas al keynesianismo de economía protegida, provinieron de la emergencia de una otra propuesta, la llamada economía de oferta, que postulaba el control inflacionario a partir de la flexibilización total de los mercados y la apertura de la economía. Planteamientos que formula la escuela de las expectativas racionales, que supone el abandono de políticas discrecionales y su reemplazo por las señales del libre mercado como catalizador de un funcionamiento económico adecuado.⁷

La idea de que el Estado es ineficiente supone que el sector privado debe asumir la función de hacer rentable todos los aspectos, incluso a aquellos que involucran la oferta de bienes y servicios sociales.

El enfoque de las expectativas racionales guarda estrecha relación con la teoría económica convencional, en la medida que continúa proponiendo sofisticados modelos económicos positivos, con variables cuantificables a nivel del mercado, rescatando la separación entre economía y política del planteamiento liberal clásico.

Habría que reconocer, sin embargo, un avance en términos de su intento por aplicar a nivel macro los supuestos del funcionamiento microeconómico. Según esta teoría, se supone que en general los agentes económicos, además

⁷ Oscar Muñoz, et al., *Hacia un Estado regulador*, CIEPLAN, Santiago-Chile, 1993, p. 30.

de tener la información necesaria para conocer las tendencias de los mercados en los cuales operan, tienen una interpretación correcta de la estructura de funcionamiento del conjunto de los mercados.

Estos economistas suponen que los agentes económicos no sólo conocen perfectamente el efecto de cualquier política monetaria o fiscal en la demanda agregada, sino que además conocen sus relaciones económicas y toman en cuenta los cambios de política.

Sin embargo, la idea de igualdad y libertad para tomar o elegir una determinada opción es cuestionada por la propia realidad. No todos los agentes tienen acceso a la información y la interpretación que hacen de ella varía de persona a persona. Los asalariados no tienen la misma capacidad y poder de negociación que los capitalistas, por ejemplo, para controlar un aumento en los precios. Los contratos laborales no se renuevan automáticamente o al mismo tiempo que la variación de los precios de otro tipo de bienes y servicios.

Por ello en la práctica es inaceptable que se de un ajuste automático del mercado, continuo y parejo para todos, con la sólo existencia de expectativas racionales como presuponen los monetaristas.

Lo que hoy se denomina neoliberalismo responde en mucho a la teoría de expectativas racionales, aunque a diferencia de este último enfoque, el primero reconoce la necesidad de efectuar cambios estructurales de más largo plazo que la sola corrección de la inflación como fenómeno de corto plazo. Esa necesidad se expresa en el reordenamiento de la economía mundial y en los procesos de globalización y regionalización en curso.

Es por ello que cuando se habla de neoliberalismo no sólo se hace mención a una determinada política económica de ajuste, sino a las modificaciones estructurales que a través de ésta, y apoyada por la pretendida reforma del Estado, se están impulsando a nivel interno de cada economía, pero bajo el referente de buscar nuevas formas de inserción y articulación productiva.

En este marco, las reformas económico y sociales constituyen un paso sustantivo en el rescate del mercado y de la acción individual, la que al buscar optimizar su propio beneficio, sentará las bases del bienestar colectivo -como suma de individualidades-. Es por ello que adquieren singular importancia los procesos de privatización que caracterizan a las reformas en curso.

El planteamiento ideológico y práctico que se está imponiendo con fuerza hoy en día sostiene que para salir de la crisis es inevitable reformular el concepto de Estado, la que debe propiciar determinadas reformas económicas y sociales, proceso que engloba la llamada modernización. Lo importante de rescatar de este planteamiento es que no se trata sólo de una ingenua propuesta de recuperación económica, sino de un proyecto completo de intereses muy definidos en torno a una nueva alianza de clases cada vez más elitistas y excluyentes socialmente hablando.

Los procesos de reformas: la modernización neoliberal

El proceso de reforma del Estado en curso contempla como un punto central en el debate el tema de la modernización, entendida ésta como la necesidad de reestructuración del aparato estatal y el fortalecimiento de su capacidad para administrar y generar bienes y servicios públicos, de una manera más eficiente.

Así entendida, la modernización no amerita mayor debate. Lo que sí es discutible es la visión de cuál es el agente o la institución que debe llevar adelante el proceso modernizador, y cómo se irradiará esta eficiencia al conjunto de la sociedad, de tal suerte que implique un avance en términos del progreso económico y social.

Desde Aristóteles en adelante se ha hablado de bien común, cuestión que ha sido abordada con distintas respuestas por diversas corrientes intelectuales. Por una parte está la tradición clásica, que remite a la matriz de justicia (darle a cada uno lo que le corresponde), que plantea la idea del bien común o la necesidad de que se den ciertas condiciones colectivas, bajo la forma de bienes o instituciones públicas, que hagan posible la realización individual de un proyecto de vida con bienestar generalizado.⁸

Por otra, tenemos la visión que arranca de postulados utilitaristas, que reducen todos los aspectos de la vida humana, incluido el bienestar, al interés individual y al cálculo del mismo. Desde este punto de arranque, el Estado como dotador de bienestar público-colectivo es totalmente innecesario.

⁸ Oscar Godoy. "El Estado y su modernización" *Revista de Ciencia Política*, vol XV, núm. 1 y 2, Universidad Católica de Chile, Santiago, 1993, p. 31.

El supuesto de la racionalidad extrema en el comportamiento de los agentes individuales, ha sido reformulada más recientemente por la teoría de las decisiones públicas (*public choice*) que niega la posibilidad de una racionalidad colectiva.⁹

El debate que hoy atraviesa la reforma del Estado se ubica en esta discusión histórica. Es indudable que se requiere la modernización y la eficiencia. La pregunta es cómo debe darse el proceso para que sus frutos lleguen al conjunto de la sociedad. Cuál es la instancia que podría asegurar la distribución de la modernidad y el bienestar: ¿el Estado o el mercado?

Para los defensores de la participación del Estado como el espacio público-colectivo, la modernización no es sólo la aplicación de una serie de medidas técnicas neutrales, en aras de la eficiencia, sino además, una respuesta a diversos compromisos entre fuerzas políticas y sociales, que hacen posible construir acuerdos para el desarrollo democrático.

Si bien la reforma y modernización del Estado es una cuestión compleja y fundamentalmente política, los ideólogos neoliberales llevan la discusión de la modernización a un campo analítico apolítico, en donde el Estado es sólo una tecnoestructura cuya función es producir oferta de bienes públicos para solucionar los problemas individuales que surgen de la sociedad civil. Una solución técnica adecuada puede dar mejor respuesta a un problema público. Un Estado centralizado pequeño, pero fuerte, puede tomar las decisiones más adecuadas.¹⁰

Sin embargo, la cuestión se complejiza cuando los procesos de reforma se dan en un contexto de regímenes “democráticos”. La simplicidad de la ecuación tecnocrática se ve opacada por las “distorsiones” que aparecen, en tanto las propuestas técnicas de reformas deben de algún modo someterse a decisiones de tipo político.

Esto nos lleva a un campo muy interesante de la discusión. Si la reforma se da con apego a las reglas democráticas debería contemplar a la sociedad civil, es decir, los afectados por dicha reforma pudieran tener participación y

opinión. En este sentido estaríamos hablando de una modernización del Estado de tipo incluyente.

La propuesta vigente de modernización del Estado sobre todo en países atrasados como los latinoamericanos, más bien responde a la visión tecnócrata de Estado centralizado, autoritario y excluyente como única forma de asegurar decisiones técnicamente eficientes.

Originalmente el neoliberalismo surgió en países desarrollados con sistemas políticos democráticos y sociedades civiles organizadas, en donde los grupos de interés más institucionalizados consiguen intervenir en la asignación de los bienes públicos, y en donde el Estado con mayor autonomía puede balancear y nivelar la discusión de los distintos grupos de interés morigerando las diferencias extremas.

La crisis petrolera puso en evidencia problemas en la acumulación de capital y la rentabilidad de las empresas en el primer mundo. Por otra parte, el gasto gubernamental había crecido de tal forma que apuntaba a crecientes déficit, dificultando la función de bienestar social en la medida que venía haciéndolo desde la post-guerra. Era, por tanto, necesario revisar la participación estatal y reactivar la eficiencia económica.

La propuesta neoliberal de ajuste y reestructuración es presentada así como una elección en orden a eliminar funciones estatales innecesarias y ampliar el papel del sector privado, a modo de equilibrar las fallas de la intervención del Estado en el mercado.

Aquí aparece una gran diferencia con la aplicación del neoliberalismo en América Latina. En la región el paquete de reformas no partió de una libre elección, sino que fue impuesta en la década de los años ochenta, ligado al problema de la deuda externa. Lo que no excluye puntualizar la responsabilidad de los gobiernos locales en la aceptación ciega y sin cuestionamientos de las recetas del Fondo Monetario.

Con esta situación queda en evidencia no sólo la falta de autonomía de los Estados latinoamericanos, sino también los lazos de dependencia estructural que orillan a optar por alternativas que están muy lejos de constituir una respuesta a las necesidades propias de ajuste, modernización y bienestar social.

La función social del Estado se esta “modernizando” -privatizando- en base a un patrón similar al seguido por el neoliberalismo en las economías

⁹ Ver trabajo de James Buchanan y Gordon Tullock. *El cálculo del consenso. Fundamentos lógicos de la democracia constitucional*. Planeta-Agostini. Barcelona 1993, p. 22.

¹⁰ Sobre esta discusión ver trabajo introductorio de Luis F. Aguilar Villanueva, en *La hechura de las políticas*, op. cit., 1992, p. 62.

más desarrolladas, sin atender a una diferencia fundamental: en las economías latinoamericanas, pese a los esfuerzos de décadas previas, aún no se había alcanzado equidad y bienestar para la mayoría de la población. En este contexto, la retirada del Estado social significa no sólo el abandono de una deuda pendiente, sino incluso un franco retroceso respecto a los niveles alcanzados en materia social hasta los años setenta.

Los economistas convencionales suelen abordar el tema del retiro del Estado de una manera muy restringida: como la transferencia de la propiedad de las empresas o servicios públicos a la esfera privada, en función de la mera rentabilidad. Este sesgo les hace perder de vista que el proceso implica una transformación mucho más profunda y de largo plazo.

En América Latina, la adopción de las recomendaciones del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial acerca de la privatización no corresponden sólo a medidas de saneamiento fiscal coyuntural; por el contrario, y junto a ello, obedecen a un proyecto refundacional que modifica el concepto y la relación Estado-economía y la relación Estado-ciudadano de una manera estructural.

El trasfondo de las reformas que se están instrumentando en la región, por mucho que se escuden en un discurso “desideologizado”, es una elección política y una redefinición entre el espacio público y privado.

En este sentido es quizá válido intentar una explicación más interdisciplinaria y complementaria. Desde el campo de la ciencia política podemos abordar los efectos particulares de las reformas en América latina, a partir de la noción de ciudadanía y su relación con el Estado, en términos de derechos y deberes.

A nivel teórico, el concepto de ciudadanía se entiende como la capacidad de influir en el espacio público a partir de determinados derechos y deberes de las personas: el acceso y garantía de derechos sociales (educación, seguridad, salud, etc.); derechos políticos y civiles (derecho al voto, libertad de asociación, de expresión, etc.) y derechos económicos, como empleo, etc. Por otro lado deberes: respeto a las leyes, pago de impuestos, etc., cuestiones que hacen en conjunto a las bases más o menos consensuadas de la democracia formal.

Para muchos autores, el desarrollo de la sociedad burguesa bajo el intervencionismo estatal que se constata en el siglo XIX, posibilitó en las

economías centrales la constitución de una ciudadanía plena, y la conformación de lo que Habermas denomina una “zona crítica”, como una esfera intermedia entre lo público y lo privado, que permite al Estado morigerar los conflictos sociales que se originan de la relación capitalista de reproducción, particularmente en lo que se refiere a la esfera laboral y de la seguridad social.¹¹

América Latina, en particular, se caracterizaría por la ausencia de esta “zona crítica”. Lo usual es que la esfera pública sea utilizada con fines privados, asociado al clientelismo político, el nepotismo y la corrupción. Se habla también de una constitución trunca, incompleta y restringida de la ciudadanía, en donde, han quedado siempre claros los deberes, pero los derechos -excepto el derecho a voto, y a la justicia formal- se restringen a la capacidad económica o discrecionalidad gubernamental.

Es interesante incluir esta diferenciación, pues ello, nos permite entender porqué las reformas en curso en la región están siendo instrumentadas como una nueva forma de avasallamiento de lo privado sobre lo público, bajo el argumento de fracaso del clientelismo y populismo estatal, y como una forma de llegar a constituir una ciudadanía plena, similar al caso de los países más desarrollados.

Lo que generalmente “olvidan” este tipo de argumentos es que para que se dé ese proceso se necesita que la relación ciudadano-Estado, en términos de deberes y derechos, debe sustentarse en una generalización del trabajo asalariado. Sobre esa base, el Estado, fundamentalmente en Europa, ha complementado, a partir de los derechos sociales y del seguro de desempleo, el déficit que produce la relación capitalista entre la parte laboral y patronal.

En la región latinoamericana se dista mucho de haber solucionado el problema del empleo formal, aún en los mejores tiempos del Estado desarrollista. Esta relación sigue siendo débil, y más aún en las condiciones de crisis y ajuste que se viven. No sólo ha disminuído el empleo formal, sino

¹¹ Sobre este punto, ver trabajo de Bruno Lautier. “Ciudadanía y políticas de ajuste: reflexiones teóricas a propósito de América Latina”. *Las nuevas políticas de ajuste en América Latina*. Tomo II, Estado y sociedad civil. Pierre Salama y Juan M. Durán, compiladores. Universidad de Guadalajara- CEMCA, Serie Coloquios, Guadalajara, 1995, p. 16.

que incluso éste mismo adquiere progresivamente características precarias e inestables.¹²

El déficit del asalariado con la parte patronal no está siendo asumida por el Estado neoliberal. Cada vez son más los excluidos no sólo de los derechos sociales, sino también de una participación ciudadana plena.

Es justamente en este punto donde se puede evaluar la eficacia de la modernización y la privatización. Por ejemplo, sólo tiene cabida en ella una parte mínima y cada vez más restringida de la población, aquella que puede ser causa de impuestos y ahorro forzoso vía la conformación de fondos individuales y privados de pensiones. Diferencia abismal con la situación europea e incluso norteamericana, a pesar de los recortes del Estado de bienestar.

Reducción del espacio de la política social en América Latina

Tradicionalmente la política social es definida en forma operacional como el conjunto de prestaciones de bienes y servicios que hace el sector público en materia de salud, vivienda, educación y seguridad y previsión social. Su espacio se ubica en la necesidad de complementar los desajustes propios que se desprenden de la relación trabajo asalariado-capital en las sociedades burguesas, en el marco de generar condiciones estables para el desarrollo de sistemas democráticos.

El espacio de la política social por principio no constituye un terreno "neutral", sino de confrontación y negociación en donde confluyen intereses de distintos sectores sociales. Por decirlo de alguna manera, es un espacio que se llena y que adquiere un perfil determinado dependiendo de las correlaciones de fuerza imperantes.

Para muchos autores, la propuesta keynesiana no fue sólo un conjunto de medidas técnicas de política económica para superar la crisis económica coyuntural, sino que significó una redefinición de la participación estatal y de

¹² Muchos autores han desarrollado esta idea como la informalización de la relación salarial en América Latina. Proceso que se caracteriza por: formas de trabajo "temporal", incumplimiento de la legislación sobre salubridad y seguridad, aceleración de la rotación de trabajadores para el no pago de antigüedad, cotizaciones sociales, sólo sobre una parte del salario (el mínimo) etc.

la noción de ciudadanía, al implicar un creciente aumento de derechos desde las esferas civiles a las políticas.

Por el contrario, la propuesta neoliberal actual implica una redefinición del espacio de la política social en donde priva la reducción de lo público (en tanto espacio de gestión de derechos sociales adquiridos) y un mayor copamiento de lo privado a partir del mercado. Es decir, la política social sale de la esfera pública para ser devuelta a la sociedad civil.

El concepto mismo de política social como producción pública de bienestar, se restringe con el neoliberalismo, tensionando su sentido y finalidad constitutiva. La relación economía-sociedad que promueve el neoliberalismo en la región, que prioriza la privatización y la búsqueda individual del bienestar, reduce -por no decir agota- el espacio de la política social, como tradicionalmente se venía concibiendo.

Es en este sentido que se habla del desmantelamiento de lo social, proceso posible a partir de la ruptura del pacto social anterior y del debilitamiento de organizaciones sociales y sindicales que habían jugado un papel importante en la ampliación del espacio de la política social.

En América Latina la situación es bastante más aguda y draconiana, si atendemos a la idea ya desarrollada acerca de que en la región no se ha conformado una ciudadanía completa, base para una alternativa contestataria real.

El concepto de Estado subsidiario que se instrumenta en América Latina, nos regresa a los antecedentes de la seguridad social, y en general a la discusión de la política social. En este sentido, se puede hablar de retroceso en términos de los derechos adquiridos, y del avance de un tipo de modernización cada vez más elitista, autoritaria y antidemocrática.

A modo de conclusión

1- El neoliberalismo en la región ha sido implantado sobre una matriz de atraso y dependencia, lo que confiere un carácter muy particular a sus resultados. Es probable que algunos sectores reducidos del capital y en general de la sociedad puedan sincronizarse a la globalización, pero el grueso de la población quedará excluida de sus beneficios.

2- La lógica de la eficiencia bajo el objetivo del crecimiento es impecable y es posible que se alcance, nada más que en el contexto de una brutal concentración del ingreso, y por tanto de incremento sostenido de la pobreza.

3- Al empobrecimiento y precariedad que señalábamos para el caso de las personas que laboran en el sector "formal", se añade el que el modelo no permite absorber empleo a los niveles del crecimiento de la Población Económicamente Activa (PEA), además de rechazo continuo por mayor innovación tecnológica. La brecha de la pobreza se ensancha como un problema estructural. Sin embargo, no representa un problema desde la lógica interna del modelo, ya que el supuesto sigue siendo la obtención individual del bienestar, y el de autoempleo, o libre elección de empleo.

4- Hay que reconocer, sin embargo, que el tema del crecimiento de la pobreza se está constituyendo hoy día en una preocupación más o menos compartida tanto a nivel de gobiernos como de organismos internacionales. De alguna manera es el reconocimiento de que en la región la economía de libre mercado no sólo no resuelve el problema, sino que ha tendido a agravarlo.

5- A pesar de ello, las respuestas siguen siendo completamente insuficientes. La discusión pasa más que nada por la integración de programas de combate más no de erradicación a la pobreza (Banco Mundial) fundamentalmente de tipo asistencial y al margen de una lógica que debe preservar los equilibrios macroeconómicos, sobre todo, el equilibrio del sector público.

6- En este contexto, el espacio de las políticas sociales no sólo se ve restringido, por la idea de Estado subsidiario, sino además, por los propios supuestos de funcionamiento del modelo sustentado en la forma neoliberal de ajuste. Es en este sentido, que no podemos analizar de manera aislada las reformas en curso, así como tampoco podemos dejar de llamar la atención de sus implicancias sobre una vieja tarea que continua pendiente en la región: la del desarrollo.

Un aporte en referencia al cambio del capitalismo y las reformas a la seguridad social

Saúl Osorio Paz

Introducción:

El propósito de este artículo es evidenciar el hecho de que, dadas ciertas circunstancias, el capital financiero busca el incremento de la explotación de la clase obrera al utilizar salarios en la esfera especulativa y obtener una ampliación en su escala operativa y consecuentemente mayores ganancias.

La motivación y el argumento: la caída mundial y nacional del ahorro, el cual puede forzarse mediante una cotización adicional de millones de trabajadores, que eventualmente significan miles de millones de dólares, operables por especuladores en los mercados locales o integrados al sistema mundial. De preferencia en éstos.

La táctica social consiste en exacerbar e incitar el individualismo al máximo en los asegurados con la finalidad de romper la solidaridad y no de buscar el bienestar colectivo de la masa aseguradora.

Los antecedentes: la caída en el dinamismo de distintas variables del capitalismo a escala mundial.

1. La tasa de explotación

El ahorro proviene fundamentalmente de las ganancias de las empresas.

Aunque parte del público también ahorra. Sin embargo en los últimos tiempos las ganancias han mermado y parece ser una causa importante la caída de la tasa de explotación y la consecuente masa de plusvalía, en cotejo con el volumen de capital, cada vez más intensivo en el área productiva. Por

lo tanto, potencialmente excluyen de fuerza de trabajo. A su vez, la tasa de explotación baja por una caída sensible en la productividad. Así nos lo dicen estudios del Fondo Monetario Internacional: "La productividad y el crecimiento del ingreso real han sido notablemente menores en el periodo 1981-1993 que en 1960-1972"¹

Efectivamente, es sabido que la "época dorada" del capitalismo concluyó en 1973, al menos en los últimos tiempos.

Al mismo propósito José Valenzuela afirma: "Toda crisis supone una caída en la tasa de ganancia (las causas pueden ser diferente) y, por ende, el problema que toda crisis plantea es el de la reconstitución de la tasa de ganancia" [...] "En la posguerra llega un momento en que el salario real comienza a crecer igual o más rápido que la productividad. O sea que la tasa de plusvalía se congela o cae.² El consiguiente aumento del costo unitario de la fuerza de trabajo, unido al impacto de la estructura oligopólica da lugar a presiones inflacionarias cada vez mayores. En suma, el mecanismo keynesiano se degrada, se torna disfuncional y obliga al reordenamiento estructural actualmente en curso. Es en este marco donde resurgen y se consolidan, como paradigma dominante, los enfoques del monetarismo".³ Podríamos agregar a lo dicho por Valenzuela el impacto del agudo crecimiento de los servicios y la especulación que pudieran contribuir a una menor crecimiento de la masa de plusvalía, cuyos resultados futuros son motivo de preocupación. A diferencia de la época del auge keynesiano -según Valenzuela- "En la actualidad, el problema es diferente: hay que elevar la tasa de plusvalía y de aquí la dificultad de impulsar políticas progresistas-liberales y constituir un bloque social-político del tipo de los frentes populares europeos y roosveltianos. Al mismo tiempo, esto explica -bastante más que las discusiones académicas- el descrédito de las políticas keynesianas y el auge de las doctrinas monetaristas".⁴ Dicho de otro modo, agregamos, hay un impulso de clase para ese descrédito.

¹ Fondo Monetario Internacional, Perspectivas de la Economía Mundial "El ahorro en una economía Mundial en crecimiento", *Mercado de Valores*; núm. 8, septiembre de 1995, p. 45.

² Subrayado por nosotros.

³ Valenzuela, José, *Crítica del Modelo Neoliberal*, Universidad Nacional Autónoma de México, 1991, p. 30.

⁴ *Idem*, p. 33.

Un mecanismo para elevar la plusvalía consiste en recortar los gastos sociales, lo que implica una ofensiva de la clase capitalista contra la clase trabajadora, impulsada desde los países centrales. Para León Bendesky, la economía mundial entró en una fase de lento crecimiento y ahora el otro pilar de la estabilidad de la posguerra en los países industrializados, las políticas de bienestar, están siendo revisadas después de haber resistido las reformas precursoras del gobierno de la señora Thatcher en Gran Bretaña".⁵ Bendesky alude al caso de Alemania, que ostentaba una economía social de mercado, a la cual hoy parece sobrarle la parte social. Ese país tiene que cumplir los acuerdos de Maastricht, que implica ajustar el déficit fiscal reduciendo el gasto público, lo que conlleva la reducción de las compensaciones sociales. Agregar que "La globalización de la economía y la creciente competencia que enfrentan las empresas alemanas llevan a replantear actualmente en esa nación el dilema esencial de la distribución de la riqueza. El conflicto distributivo es el que está en el centro de la reforma social que se propone y se expresa, como siempre lo ha hecho, entre las ganancias y los salarios".⁶ Alemania fue -dice- ejemplar en el ordenamiento social y hoy debe someterse a la nueva lógica de la competencia que significa el retiro del Estado de la gestión social y el equilibrio fiscal. En esta lógica la clase capitalista tiene armas torales, como argumentar ante la clase obrera que la no rebaja de salarios y derechos sociales, trae la pérdida de competitividad y de ahí el desempleo. Como cada país tiende a hacer lo mismo, no sabemos que pueda ocurrir en el futuro con los mismos problemas de ocupación y de realización del producto.

Como siempre, en América Latina por su propio atraso las cosas andan peor. Según Gert Rosenthal, uno de los grandes retos del área es incorporar a la gran masa de desempleados y subocupados al trabajo, ante todo con los altos niveles de pobreza que en muchos países alcanza el 40% de la población.⁷ Cabría agregar que en otros países el porcentaje es más alto que el mencionado por Rosenthal. Y aunque no hay estudios sobre la cuota de plusvalía la distribución del ingreso revela el alto grado de explotación en México el 23%

⁵ Bendesky, Leon, "Capitalismo reformado", *La Joranda*, 12 de mayor de 1966, p. 47.

⁶ *Idem*.

⁷ Rosenthal, Gert, citado por Rocio Pérez-Rul, en "Las tendencias en América Latina", *Excelsior*, Sección Financiera, pp. 1 y 5.

del PIB corresponde a los asalariados y el 77% a la clase dominante, cuestión que no amerita más comentario, pues se explica por sí misma.

2. Lo que sucede con el ahorro

Inicialmente el Fondo Monetario divide en tres periodos el análisis del ahorro: 1960-1972, 1973-1980 y 1981-1995. En estos periodos las tasas mundiales fueron en orden respectivo de 23, 25 y 22 por ciento. Entre 1992 y 1993 solo alcanza 21%, esto es dos puntos menos que en el primer periodo y 4 puntos menos que en el segundo.⁸ La disminución en el ahorro mundial se atribuye a la caída del ahorro público en los principales países industrializados con excepción de Japón. En estos países el ahorro privado se mantuvo estable, en tanto que el ahorro público descendió del 4 al ½% del PIB. En el caso de América Latina el ahorro creció en la década de los setenta pero ha venido decreciendo desde 1989, como resultado de una merma en el ahorro privado. Se indica como causa de la caída del ahorro en América Latina la afluencia de recursos externos y la liberalización financiera, que dieron como resultado un mayor acceso a los préstamos internos y externos.⁹

En cuanto a la discusión de si el ahorro determina el crecimiento o el crecimiento el ahorro, aún habiéndose dicho que: "Por lo general, los países que generan altos niveles de ahorro crecen más rápidamente que aquellos en que el nivel del ahorro es menor..." se agrega: "Pero la vinculación entre el ahorro y el crecimiento económico no es rigurosa. [...] El PIB real de Chile, por ejemplo ha registrado un crecimiento promedio de más del 6% anual en los últimos 10 años, y su tasa de ahorro se ha mantenido en un promedio de apenas el 18 por ciento".¹⁰ El FMI indica que los países de Asia Oriental tuvieron alto crecimiento ante de tener una tasa alta de ahorro. Y Agrega: "Las investigaciones recientes, incluso las pruebas de causalidad estadística, se orientan cada vez más a sugerir que la vinculación se produce desde el crecimiento hacia el ahorro. La experiencia de los países industriales, en los que las tasas de ahorro se redujeron, ante el lento crecimiento del producto y

de la productividad después de 1973, también es congruente con este punto de vista".¹¹

Por lo que hace a los recursos externos, en los que nuestra América Latina tiene una ciega adición, los estudiosos del Fondo Monetario sostienen que pueden reemplazar el ahorro nacional al elevar el consumo. "Se han encontrado pruebas empíricas -dicen- de que existe una relación negativa entre el ahorro interno y el ahorro externo en ciertas regiones en desarrollo. Algunos estudios sugieren que la afluencia de capitales a los principales países latinoamericanos en promedio han reducido los coeficientes nacionales de ahorro..."¹²

Aunque puede resultar aventurado hablar del futuro, el Fondo Monetario dice: "En última instancia, la oferta futura de ahorro mundial depende de dos variables cruciales: el ritmo de crecimiento de los países en desarrollo y el volumen de desarrollo público de los países industriales. [...] Por otra parte podría presentarse un escenario pesimista: frente a un estancamiento del crecimiento económico de los principales países en desarrollo y de la existencia de déficit presupuestario aun mayores en los países industriales, la tasa de ahorro podría reducirse otros dos o tres puntos porcentuales en los siguientes 15 a 20 años".¹³

Por ahora la causa esencial de la caída del ahorro, se sitúa en la merma del ahorro público de los países industrializados. Un perfil de menos ahorro, altas tasas de interés y menos inversión, derivaría en una pérdida constante del 2% en el consumo mundial. Sin embargo: "Algunos de los países de desarrollo incipiente pueden convertirse en proveedores netos de ahorro para el mundo".¹⁴

Otras fuentes estadísticas,¹⁵ comparando series más recientes del ahorro mundial nos indican que en el periodo 1977-1981 fue de 25.0% del PIB, entre 1982 y 1986 baja a 22.5%. El punto más bajo se sitúa en 1983 con 20.5%. El último año con información disponible, 1995, es 21.3%, con 3.7 puntos menos que en el primer periodo mencionado.

¹² *Idem.*, 2a. parte, *Mercado de Valores* núm. 9, septiembre de 1995, p. 39.

¹³ *Idem.*, p. 44.

¹⁴ *Idem.*, p. 46.

¹⁵ Anuario Estadístico Universal, Difusora Internacional, DEUSTO, Barcelona, marzo de 1995, p. 154.

⁸ Fondo Monetario Internacional, *op. cit.*, p. 24.

⁹ *Idem.*, p. 25.

¹⁰ *Idem.*, pp. 25-26

¹¹ *Idem.*, p. 26.

Pasando a la América Latina observamos que el porcentaje de ahorro interno Bruto en orden respectivo de los siguientes años 1970, 1980, 1985 y 1994, los datos fueron 19.8, 23, 22 y 17.7%. El último año, 1994, respecto a 1980 se informa de una caída de 5.3 puntos porcentuales lo que sugiere una merma de más del 23% de esa clase de ahorro.¹⁶ Por lo que concierne al ahorro nacional bruto, encontramos para los mismos años los datos siguientes, en orden respectivo, 18.1, 21.1, 18.1 y 15.5%. Comparando el año 1980 con 21.1 y 1994 con 15.5%, resulta una caída que supera el 25%. Aquí vale anotar que el pago por servicio de la deuda en 1994 fue cercano a los 64 mil millones de dólares, habiendo sido de casi 70 mil millones de 1995.

Según nuestros cálculos el pago de intereses de la deuda respecto al Producto Interno Bruto significó en 1975, 0.5, 1980, 1.8, en 1985, 3.2 y en 1989, 2.6%. Si se toma en cuenta el efecto de divisas, incluyendo el pago de amortizaciones, para los mismos años en orden respectivo se tiene: 1.2, 3.6, 4.4 y 4.4 por ciento. Estos cálculos indican las implicaciones adversas del endeudamiento sobre el ahorro, aunque no es el único factor negativo que incide sobre éste.

Aunque sin duda la tasa de explotación en América Latina es alta, la tasa de ahorro se ha visto afectada por la crisis y por la deuda. En este sentido cabe recordar que somos explotados como naciones.

Por otra parte, la liquidez generada por los ahorros en gran parte pasa a manos de especuladores profesionales. Se incorpora al dinero especulativo y no a la producción. Hoy por hoy se movilizan diariamente recursos que sobrepasan 1.2 billones de dólares. Muchos de estos recursos no sólo no contribuyen a la producción sino que con sus movimientos pueden ocasionar a los países de economías débiles, grandes desequilibrios económicos, por devaluaciones o sobrevaluaciones. Para estos recursos se requieren adecuadas medidas de control.

3. La tendencia del Producto Interno Bruto (PIB)

En una primera aproximación sobre el crecimiento del PIB, se presentan los datos de los siete grandes en dos periodos significativos: 1958-1967, con 1978-

1985. En ambos periodos las economías tienen un comportamiento normal. El cuadro es el siguiente:

TASAS MEDIAS DE CRECIMIENTO DEL PNB

PAÍSES	1 1958-1967	2 1978-1985	2/1
Estados Unidos*	4.4	2.0	45%
Japón*	11.7	4.2	36%
Inglaterra*	3.3	1.2	36%
Alemania*	5.7	1.6	28%
Francia*	6.0	1.4	23%
Canadá*	5.0	2.2	44%
Italia**	6.4	1.7	27%

FUENTE: Fondo Monetario Internacional, Estadísticas Financieras Internacionales, 1986.

* PNB

** Ambos datos en dólares de 1980.

En el mejor de los casos la caída en el crecimiento del producto es al 45% (Estados Unidos) y el peor es al 23% (Francia). Se destaca que Japón tiene en el primer periodo un alto crecimiento (11.75%) para descender a una tasa comparativamente bastante moderada (4.2%). Estas referencias vienen al caso por la hipótesis antes mencionada en el sentido de que el ahorro depende del crecimiento del Producto Interno Bruto. Si se mantiene el mismo coeficiente el impacto de éste sería en el valor absoluto.

Consultando otra fuente,¹⁷ se tuvo la siguiente información:

¹⁶ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 1995.

¹⁷ Anuario Estadístico Universal, *op. cit.*

PRODUCTO INTERNO BRUTO

	1976-1985	1990	1995
Mundial	3.4	2.2	3.7
Industriales	2.8	2.4	2.6
Los siete grandes	2.9	2.4	2.5
Subdesarrollados	4.5	3.7	5.8
América Latina	3.3	0.3	3.4

FUENTE: Anuario Estadístico Universal, 1995.

Sin duda el producto mundial en 1995 se ve un tanto mejorado por la influencia de los países asiáticos en crecimiento elevado. Tanto los industriales como los siete grandes, comparando el primer periodo con 1995 denotan una leve caída, que aunque pudiera parecer baja, si la tendencia se mantiene a largo plazo sin duda recobra significación. En cuanto a los subdesarrollados el alto crecimiento que presentan en 1995 se explica, igual que en el caso del producto mundial, por los países asiáticos en crecimiento. La América Latina, comparando sus tasas de crecimiento con las previas a la década de los ochenta, son verdaderamente bajas, a lo cual hay que agregar la baja en los coeficientes de ahorro. La peor situación es la de nuestra región, pues como se ve en los datos recién expuestos resultó la más vulnerable al inicio de la crisis norteamericana en 1990, con sólo un crecimiento del 0.3% anual.

De estas tendencias declinantes se ha hecho eco el comercio internacional, como puede verse en algunos cálculos que hicimos con datos del FMI¹⁸ para tres décadas. Así, exportaciones: 1958-1968, 8.3%, 1968-1978, 7.4%, 1978-1988, 2.6%, en términos reales; importaciones en el mismo orden, 9.4, 6.3 y 2.7 por ciento, también en términos reales. A propósito Reinaldo Gonzalves dice: "Asimismo a lo largo de la década de los 60, el comercio creció 120%, en la década de los 70 creció 60% y en la década de los 80% el crecimiento fue 50%".¹⁹

¹⁸ Fondo Monetario Internacional, Estadísticas Financieras Internacionales, 1986 y 1990.

¹⁹ Gonzalves, Reinaldo, O. Abre Alas A nova Insercao Do Brasil na Econômi Mundial, Belume Dumara, S/f, p. 72.

Lo dicho acerca del PIB y del comercio internacional nos hace ver que el capitalismo atraviesa por una etapa de largo plazo de reproducción ampliada decreciente. Por otra parte si aceptamos que por lógica ha de haber un equilibrio, de una parte entre los salarios del sector I más el consumo de la fracción capitalista que produce esos bienes, con el consumo de capital constante en la producción de bienes de consumo, resulta que ese equilibrio es ahora más complicado, más difícil, si tenemos a la vista que la trasnacionalización implica ampliación y profundización de las fases de circulación, que la fase productiva se internacionaliza, que gran parte del capital financiero se ha separado del capital productivo, todo ello en conjunción con la formación de tres grandes bloques económicos, en cada uno de los cuales se cobijan grupos de trasnacionales que pugnan por su hegemonía.

Sin duda la caída del comercio mundial implica un problema de realización, ante el cual se pugna por la competencia como dogma, la cual implica desocupación y bajos salarios y de nuevo dificultades para la realización, creándose así un círculo vicioso de largo plazo también. En efecto, el desempleo en los 7 grandes se da así, 1976-1985, 6.3%, 1990, 5.7% y 1995, 7.2%. En el mismo orden en la Unión Europea se tiene, 7.6, 8.6 y 11.7 por ciento.²⁰ En nuestro subcontinente no tenemos estadísticas confiables, y la desocupación se encubre en la economía informal. Aún así, se tienen casos como el de Argentina con más del 20% de desocupación abierta, más bien declarada. En el mundo hay una desocupación equivalente a 820 millones, 3,600 millones de pobres (que se supone no consumidores). A mediados de marzo de 1996 el Director de FAO declaró en México que si no se toman las providencias del caso, habrá una hambruna que afectará a unos 800 millones de habitantes. Cabría preguntar aquí si esto confirma la tesis de Marx, según la cual si la tasa de productividad crece más que la caída en la tasa de explotación, la clase dominante puede mantener su consumo sin afectar el fondo de acumulación. Y otra tesis marxista de acuerdo a la cual el incremento de la productividad de la mano de obra implica en ciertas circunstancias la expulsión de trabajadores del aparato productivo.

²⁰ Anuario Estadístico Universal, 1995.

4. La cuestión central

Teóricamente el capital dinero hace dinero con el dinero. Su fórmula es $D-D'$ en que $D' = (D-d)$. Pero "d" proviene del reparto de la ganancia, que se descompone en interés y ganancia del empresario. Lo que indica que no hay una vinculación directa de los poseedores de D con los obreros, participan aquellos de la plusvalía en forma mediada. Lo nuevo que se nos presenta con las reformas a la seguridad social en América Latina, es el incremento de la explotación generando una cuasi plusvalía que consiste en la transferencia de salario a los operadores del dinero para que, por añadidura, hagan más dinero con tales recursos. La ganancia de los operadores, como se ve, es doble, además de sus ganancias extraen salarios y ganan con el uso especulativo de esos fondos. Esto nos dice que los beneficiados no son los trabajadores, sino los operadores de fondos líquidos, que bien pronto caerán en poder de operadores internacionales como J. P. Morgan y otros, de acuerdo con la firme política de apertura financiera impuesta por el Fondo Monetario y placenteramente aceptada por nuestros políticos. Pero esto indica también el poder de esa fracción del capital y que ya no le bastan los otros recursos disponibles. El poder de este capital es grande porque en esencia constituye una mancomunidad internacional. Por ejemplo, los gobiernos se ven obligados a hacer onerosas operaciones de mercado abierto para complacer los desplazamientos internacionales de capital a corto plazo.

En lo concreto, en materia de las reformas que nos ocupan como en otras cosas, el modelo a seguir es Chile. Chile ha gozado de la propaganda del imperio y de los medios internacionales de comunicación. Y no es para menos. Chile ha sido exitoso para los intereses que implantaron el neoliberalismo. Respecto a los fondos de pensiones se nos dice: "La tasa de ahorro del país es de aproximadamente el 27% a la cual los fondos de pensión contribuyen aproximadamente con el 19.1%"²¹. Este 19.1% deriva del ahorro forzoso equivalente al 10% del salario. Los fondos han crecido hasta ahora a razón del 25% anual. Se ve pues, que los empresarios pueden dormir tranquilos en cuanto a consumo y en cuanto al 19.1% del ahorro requerido en el país.

²¹ "Chile ya no es un experimento., Fondo de Pensión para el Desarrollo". Rocio Pérez-Rul, R., *Excelsior*, 17 de mayo de 1996, Sección Financiera, pp. 11 y 7.

Dentro de 6 años estos fondos de pensión serán equivalentes al 65 o 70% del PIB chileno, según Julio Bustamente, Superintendente de las Administradoras de Fondos de Pensiones. "En términos generales, los recursos se encuentran invertidos en instrumentos del Estado, fundamentalmente en documentos del Banco Central Chileno"²². Se afirma que el 32% se encuentra colocado en las 130 empresas más importantes del país. El 14% financia vivienda, siendo clave para el desarrollo inmobiliario. Pero también se dice que los fondos han adquirido 51% de los papeles emitidos por el Estado. Los fondos poseen 56% de los bonos emitidos por las empresas y alrededor de 9.1% de las acciones. Las Administradoras de Fondos de Pensión han contribuido al desarrollo del mercado de capitales fomentando las bolsas.

Los límites de este artículo no permiten todos los comentarios que esto amerita, pero entre otras cosas cabría preguntar si las 130 empresas no son socios o dueños de las Administradoras de fondos. En cuanto a los papeles públicos del Banco Central y del Estado, ocurre el mismo fenómeno que se da en otros países. El déficit público o el menor superávit público, ya no se debe a la atención escolar, a la construcción de hospitales o suministros de medicinas a éstos, o a un programa acelerado de carreteras y otros gastos relacionados con el bienestar de la sociedad, sino al pago de intereses que ganan los papeles negociados en el mercado abierto. Al mismo tiempo en nombre del adelgazamiento del Estado las clases dominantes presentan una tenaz resistencia a las reformas fiscales por lo que la tasa tributaria se mantiene baja, y en casos, bajísima. Una mayor tributación podría aumentar considerablemente el ahorro interno. Como vemos, se trata de hacerle la bolsa a los especuladores a cuenta de la sociedad civil al usar el pago de impuestos indirectos en el pago de intereses y con el soporte, en el caso del demérito, de los salarios.

5.- Las condiciones permisivas

Pero ¿qué hechos han originado y han dado lugar a la mencionada y otras reformas lesivas a la clase trabajadora? No pueden negarse, y menos evitarse los grandes cambios que se dan en la economía mundial, en el más amplio

²² *Idem.*, p. 7.

sentido del vocablo. La clase obrera no ha sabido y/o no ha podido adelantarse a los hechos. Sin embargo, aquí se ha narrado la caída del Producto Interno Bruto y del Comercio Mundial, acompañados de mermas en la tasa de explotación y la tasa de ganancia, ya que la primera es un determinante de ésta. Podría influir los cambios en la composición de valor, en la medida que los equipos más sofisticados sean más caros y obliguen a una rotación más lenta, pese a las políticas empresariales de cero inventarios y otras.

Precisamente los equipos más sofisticados y más caros requieren de mayores inversiones a lo largo del tiempo, en concurrencia, una voluminosa parte de los recursos sustraídos del consumo paran en la especulación, donde unos capitalistas despojan a otros y opera el más alto proceso del centralización del capital.

Un factor que sólo mencionamos de paso por estar presente pero no tener explicación, es la denominada “derechización planetaria”. Pero desde el ángulo político, que hoy por hoy es decisivo, pesan el derrumbe del denominado socialismo real y la debilidad de clase obrera. En este último aspecto pareciera que los sindicatos han perdido el sentido de sus actividades. Se suman a este hecho la corrupción, la venalidad y el abandono de posiciones ideológicas de clase, sustituidas por la asimilación del neoliberalismo en muchas ocasiones.

La reestructuración capitalista de los sistemas de pensiones en América Latina

Luis Gutiérrez Urdaneta

“Lejos de presenciar el capitalismo global pasando por encima del Estado, lo que vemos son estados muy activos y conjuntos de clases capitalistas altamente politizados trabajando fuerte para asegurar ... un ‘nuevo constitucionalismo para un neoliberalismo disciplinario’”: Leo Panitch, *Globalization and the state*

Durante la década de los ochenta y principios de los noventa el tema de las privatizaciones de las empresas públicas fue uno de los más recurrentes y agudos en los medios académicos y políticos de América Latina. A mediados de la década en curso, sin embargo, pocos políticos titubearían de incluir en su programa la venta de las paraestatales. Allanado el camino por la contrarrevolución neoliberal, ahora -como todo parece indicar- toca el turno a los pilares básicos del estado latinoamericano de bienestar -“restringido” o “incompleto”, como lo califica Asa Cristina Laurell,¹ y la ola privatizadora y otras “reformas estructurales” se concentran en el terreno de la seguridad social,² y en especial, en la reestructuración de los sistemas pensionales.

El surgimiento y el posterior desarrollo de los sistemas de pensiones en América Latina, fueron consecuencia de la creciente incorporación de

¹ Cfr. Asa Cristina Laurell, “Avanzar al pasado. La política social del neoliberalismo”, en Asa Cristina Laurell (coordinadora), *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, Friedrich Ebert, México, 1992, p. 133.

² Los sistemas de seguridad social abarcan los seguros sociales, las asignaciones familiares, la asistencia social y los programas públicos de atención a la salud. Los seguros sociales comprenden las pensiones por vejez, invalidez y muerte, la atención médico-hospitalaria y las prestaciones monetarias por riesgos ocupacionales, enfermedad o maternidad. Cfr. Berenice P. Ramírez, “Las reformas a la seguridad social: contexto, características y tendencias”, *Momento económico* 85, IIEC, UNAM, México, 1996, p. 5.

contingentes de trabajadores industriales, de servicios y de empleados públicos en los sectores modernos o “formales” durante la industrialización por sustitución de importaciones. Así, el modelo *bismarquiano* asumido -caracterizado por la obligatoriedad para los asalariados, la posible afiliación voluntaria de otros grupos y el financiamiento compartido entre obreros y capitalistas,³ y el propio Estado- era coherente con la dinámica de extensión del capitalismo industrial.⁴

De acuerdo a la evolución de la cobertura, en el periodo de industrialización “hacia dentro”, los sistemas pensionales fueron *parcialmente* incluyentes, y como otras políticas sociales, tenían un carácter hasta cierto punto *preventivo* ante la pobreza, y en realidad lograron su reducción relativa sin necesidad de aplicar políticas asistenciales en gran escala.⁵ Por supuesto que esto de ninguna forma justifica una evaluación complaciente, y menos aún una mirada nostálgica hacia la articulación de las políticas sociales durante ese periodo. En ellas se reflejaba la posición subordinada de las clases trabajadoras, y por lo tanto, los ritmos y los sectores abarcados no dependían de las necesidades sociales, sino de la dinámica de la acumulación capitalista.⁶ De manera que el sistema era a la vez excluyente para un residuo de estratos inferiores de la sociedad. Como reconocía Prebish en 1982, “...en veinte

años, la cifra absoluta de la exclusión, con grandes diferencias de país a país, no ha cambiado. Es la misma cifra de 120 millones de personas que han quedado al margen del sistema...”⁷

Claro, que la implantación de los sistemas pensionales en la región, no se debió a la voluntad filántropica de la clase capitalista o a su incorporación como un *bien público* en la agenda de un Estado “neutro”. Fue, ante todo, el resultado de las presiones que sobre el Estado ejercieron los grupos de asalariados organizados, fundamentalmente a través de los sindicatos. Al mismo tiempo representó para las clases dominantes el costo mínimo necesario -por las contribuciones obligatorias patronales y estatales- para el logro de la estabilidad social del proceso de acumulación capitalista, basado entonces en la ampliación del mercado interno. Como el resto de las políticas sociales fue un medio de legitimación que atenuaba los conflictos derivados de la perversa distribución del ingreso endógena del patrón de acumulación.⁸

El diagnóstico neoliberal

De acuerdo a su financiamiento, los sistemas de pensiones pueden ser clasificados en dos grandes grupos: de reparto y de capitalización. En los de reparto, las contribuciones (de los trabajadores activos, de los patrones y del estado) son utilizadas para financiar las pensiones de los afiliados pasivos,⁹ a partir de beneficios predefinidos, y además pueden ser acumuladas reservas técnicas. De hecho significan un compromiso intergeneracional, en el cual la generación activa asegura que las siguientes financien sus pensiones en el futuro. Funciona entonces de forma general como un esquema de financiamiento sobre la marcha (*pay-as-you-go system*). De esta manera, por

³ Estas eran las principales características de los sistemas de seguros sociales implantados en Alemania en los años ochenta del pasado siglo, en tiempos del canciller Bismarck, y posteriormente generalizados al resto de los países capitalistas desarrollados. Cfr. Monika Queisser, “Seguridad social en Alemania”, en *Regímenes pensionales*, FAUSO-CIID-FESCOL, Colombia, 1992.

⁴ La ampliación de la cobertura marchaba al paso de la industrialización. A manera de ejemplo, en México, la afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) -la principal institución de la seguridad social- se comportó históricamente como sigue: en 1944, el año posterior a su creación, contaba con 16 741 afiliados, en 1948 habían aumentado a 318 111, en 1989 eran 9.9 millones. Cfr. Jairo Restrepo, “Nueva estructura financiera del IMSS”, *Momento económico* 85, IIEc, UNAM, México, 1996, p. 18.

⁵ Cfr. Carlos M. Vilas, “Después del ajuste: la política social entre el estado y el mercado”, en Carlos M. Vilas (coordinador), *Estado y políticas sociales después del ajuste*, UNAM-Nueva Sociedad, México, 1995, p. 19.

⁶ Cfr. Carlos Vilas, *op. cit.*

⁷ Cfr. Raúl Prebish, “La crisis del capitalismo y la crisis de las teorías económicas”, en *En torno al estado y al desarrollo*, Editorial Nueva Imagen, México, 1982, pp. 46-47.

⁸ Como ha adelantado Rosa Albina Garavito, “...la política social es el conjunto de reglas mediante las cuales se determinan los niveles y modalidades de la reproducción de la fuerza de trabajo...”, en *Recomposición, pacto y políticas sociales. Hacia una nueva estrategia*, ponencia presentada en el coloquio “Hacia una política social alternativa”, IERD-Fundación Friedrich Ebert, México DF, mayo de 1996.

⁹ Los que se encuentran fuera del mercado de fuerza de trabajo, fundamentalmente por retiro o incapacidad laboral, o familiares con derecho a prestaciones a la muerte del pensionado.

el lado de los ingresos, el financiamiento depende, fundamentalmente, de los ritmos de crecimiento de la fuerza de trabajo afiliada y de las remuneraciones.

En los sistemas de capitalización, a diferencia de los de reparto, los beneficios no están predefinidos, y dependen del monto de los fondos acumulados por los afiliados durante su vida activa y de las tasas de retorno que dichos activos obtengan en los mercados financieros. Específicamente en los de capitalización individual, de moda en la región a partir de la experiencia chilena, las contribuciones se sitúan en una cuenta individual e incrementados -al menos eso se espera- por la capitalización se entregan a los afiliados al término de su vida laboral.¹⁰

En América Latina el sistema tradicional ha sido el de reparto. Aunque han sido ensayadas diferentes modalidades, incluyendo elementos de capitalización, en la actualidad, la mayoría opera como sistemas de reparto simple.¹¹ Generalmente, la administración de los fondos ha sido responsabilidad directa del Estado.

Es consensual que los regímenes pensionales vigentes están en crisis. Sin embargo, no existe una única interpretación de la misma. Ella depende en última instancia, como en todo diagnóstico en las ciencias sociales, de la posición ideológica de quien intenta explicar el fenómeno. Y por supuesto que también -a pesar del "fin de las ideologías"- las variantes de solución que se propongan.

El diagnóstico presentado por la *corriente de pensamiento dominante* en América Latina, y en el cual confluyen de manera general el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y otras agencias multilaterales,¹² el

¹⁰ Para un elemental estudio de las formas de organización, financiamiento, beneficios y administración, véase de Ana Cristina Mejía, "Los sistemas de pensiones en Honduras", en Andras Uthoff y Raquel Szalaschman (editores), *Sistema de pensiones en América Latina y el Caribe volumen 3*, Proyecto Regional Políticas Financieras-CEPAL-PNUD, Santiago de Chile, 1994, pp 95-101.

¹¹ Porque se han agotado las reservas acumuladas, y las prestaciones se financian a partir de las contribuciones y aportaciones estatales.

¹² No podría decirse con entera justicia que los análisis y recomendaciones de CEPAL se ajustan fielmente al diagnóstico del "Consenso de Washington", sin embargo, con el tiempo van creciendo los puntos de contacto. En el tema de las reformas a los sistemas pensionales los

gobierno de los Estados Unidos, y por supuesto, la mayoría de los gobiernos latinoamericanos y las élites empresariales "globalizadas"¹³ identifica como problemas críticos los siguientes:

- como principal, la crisis financiera de los sistemas pensionales de reparto. De una muestra de 23 países de la región, los que poseen una cobertura más amplia -Argentina, Bahamas, Barbados, Brasil, Costa Rica, Chile, Jamaica y Uruguay- presentan déficits de caja. Otros ocho, que poseen sistemas con un desarrollo intermedio -Bolivia, Colombia, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela- acusan déficits actuariales, y corren el riesgo de no poder autofinanciarse en el futuro. Los factores "estructurales" que generan la crisis, según el diagnóstico de la *corriente de pensamiento dominante*, son la transición demográfica, que se expresa en una caída en la relación entre afiliados activos y pasivos,¹⁵ la inclusión -debido a

diferentes textos de la CEPAL manifiestan muchas coincidencias, sobre todo en relación a la incidencia de las reformas en los mercados de capital y la virtuosidad del desarrollo de los mismos, pero en las controversias régimen de reparto *versus* de capitalización y administración pública *versus* privada, admiten al menos la viabilidad de los sistemas de reparto operados públicamente. Ver, por ejemplo, *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado*, Santiago de Chile, 1992, pp. 159-162. Por otra parte, la crítica al funcionamiento de los mercados de capital es extensa y bien documentada. Ver por ejemplo, de John E. Roemer, *Un futuro para el socialismo*, Editorial Crítica, Barcelona, 1995, pp. 110-113.

¹³ Por ejemplo, Asa Cristina Laurell identifica con toda nitidez la confluencia de las posiciones del gobierno, del gran empresariado mexicano y de las instituciones financieras multilaterales, y la denomina el *Consenso de Reforma*, por la calle del Distrito Federal en que se encuentran las oficinas generales del IMSS. Ver *La reforma de los sistemas de salud y de seguridad social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales*, Fundación Friedrich Ebert, México, 1995.

¹⁴ Cfr. CEPAL, *op. cit.*, p. 224. Aunque en la muestra referida se incluye a Cuba -como país cuyo régimen de pensiones revela déficit de caja- la hemos excluido de cualquier análisis en el presente trabajo, por las características específicas que explican ese desequilibrio y que requerirían un análisis particular.

El déficit actuarial es el valor actual de la insuficiencia de recursos del sistema en el momento de realizar la evaluación, para cumplir en el futuro con el pago de las prestaciones.

¹⁵ La esperanza de vida al nacer se ha elevado de 51,8 años en el periodo 1950-1955 a 66,7 años en 1985-1990 como promedio en América Latina. Cfr. CEPAL, *op. cit.*, p. 29. Vale aclarar, que la caída de la relación afiliados activos/pasivos no se explica siempre, ni fundamentalmente, por la transición demográfica. Por ejemplo, en México, en el periodo 1980-1992 la relación

presiones políticas de determinados grupos- de beneficiarios sin que se realizaran las debidas contribuciones, y la evasión creciente, por la debilidad del vínculo entre las contribuciones y las prestaciones futuras -en ausencia de la capitalización individual de los fondos-; y por la falta de credibilidad en los beneficios. Así, estos factores, según el diagnóstico neoliberal explican la tendencia al desequilibrio atribuida a los sistemas públicos de reparto.¹⁶ Finalmente, se agregan como agravantes los cambios ocurridos en el mercado de "trabajo", en otras palabras, el deterioro de los ingresos de los asalariados y la informalización de la economía.

- la cobertura incompleta de los sistemas de reparto. Sólo unos pocos países de América Latina han logrado cubrir a la mayoría de la fuerza de trabajo (Ver Cuadro 1), e incluso en las naciones con sistemas avanzados - como Argentina, Brasil y Chile- se reconoce que la insuficiente cobertura es uno de los principales problemas, sobre todo por las dificultades para la incorporación de los trabajadores informales.¹⁷

entre la población inactiva y la económicamente activa se redujo de 2,03 a 1,5; sin embargo la relación asegurados activos/jubilados descendió de 12,7 en 1980 a 7,1 en 1994. Cfr. Asa Cristina Laurell, *La reforma de ..., op. cit.*, pp. 77-78.

¹⁶ La opinión de que los sistemas estatales de reparto son proclives a presentar desequilibrios financieros en el largo plazo es sustentada con toda nitidez por Giancarlo Corsetti y Klaus Schmidt-Hebbel, *Pension reform and growth*, Banco Mundial, Washington DC, 1994, pp 3-4, y por Salvador Valdés-Prieto, *Earnings-related mandatory pensions: concepts for design*, Banco Mundial, Washington DC, 1994, pp 45-46.

¹⁷ Cfr. Francisco E. Barreto de Oliveira, "Social Security in Argentina, Brazil, Chile and Venezuela", en Francisco E. Barreto(editor), *Social Security Systems in Latin America*, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC, 1994.

Cuadro 1. Cobertura de los sistemas de pensiones a principios de los años noventa en América Latina¹⁸

<i>Sistemas avanzados</i>	<i>% de la fuerza de trabajo cubierta</i>
Argentina	69
Bahamas	85.9
Barbados	96.9
Brasil	96
Chile	62
Costa Rica	68
Jamaica	93.2
Uruguay	81
<i>Sistemas intermedios e incipientes</i>	
Bolivia	18
Colombia	22
Ecuador	23
México	42
Panamá	46
Paraguay	14
Perú	37
Venezuela	50
El Salvador	12
Guatemala	33
Haití	2
Honduras	13
Nicaragua	19
República Dominicana	14

Fuente: CEPAL, *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado*, Santiago de Chile, 1992.

¹⁸ Estas cifras -sobre todo para los países de sistemas avanzados- deben tomarse con cautela. Otros estudios sobre Argentina, Brasil, Costa Rica, Jamaica y Uruguay revelan coberturas, que

Este rasgo se convierte, ante el crecimiento de la pobreza y la reducción del gasto público en otras áreas sociales, en uno de los más preocupantes para el mantenimiento del orden social, y se repite prácticamente en todos los diagnósticos por países. Se insiste en lo inadecuado de los regímenes de reparto -de raíz *bismarquiana*- para la extensión de la afiliación.

- las ineficiencias administrativas, que generan gastos excesivos, mala calidad de los servicios que se ofrecen a los afiliados y corrupción. Como prueba del mal manejo administrativo se aduce el uso de las reservas en instrumentos estatales de escaso o negativo retorno, que entre otras causas, condujeron a su agotamiento.¹⁹

- la falta de equidad de los sistemas vigentes, y la existencia de múltiples esquemas que refuerzan las desigualdades²⁰ y dificultan el *libre movimiento* de la fuerza de trabajo, tan necesaria al funcionamiento también *libre* del capital. Lo cierto es que la homogeneización de los sistemas no persigue un fin de "justicia", sino que se inscribe dentro de las tendencias de flexibilización y desregulación del mercado laboral para incrementar la rentabilidad del capital sobre la base del aumento de la plusvalía.

Con respecto a la falta de equidad habría que analizar dos dimensiones: la inequidad del sistema pensional en sí, y la injusticia que como subsistema privilegia a una parte de la sociedad. Con relación a la primera dimensión, se

aunque sobrepasan el 50% de la fuerza de trabajo, son bastante inferiores a las mostradas en el cuadro. Cfr. Andras Uthoff, *Reformas a los sistemas de pensiones en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 1995; y la compilación de Francisco E. Barreto, *Social Security Systems...*, *op. cit.*

¹⁹ Según un resumen de diagnósticos efectuados por diversos autores en 13 países de América Latina, la mala administración estatal se identifica como uno de los problemas más recurrentes. Cfr. Andras Uthoff, *op. cit.*, pp 21-26. Con relación al manejo público, la posición neoliberal es claramente manifestada por Gustavo Márquez: "La comparación relevante entre un sistema público y privado de pensiones es justamente esa: en el sistema privado la capacidad del Estado de saquear los fondos del sistema de pensiones es mucho menor.", en *El seguro social en Venezuela*, Serie de monografías 8, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC, 1992, p. 36.

²⁰ Parece "consecuente" con la "democratización" que en el diagnóstico neoliberal se indiquen los privilegios que disfrutaban algunos estratos, sobre todo cuando dentro de los más favorecidos se hallan las fuerzas represivas -las fuerzas armadas y la policía-. Véase, por ejemplo, CEPAL, *op. cit.*, Cuadro IX-3, p. 217.

indica que los regímenes de reparto tradicionales han beneficiado - dentro de la población protegida- a los estratos más altos de la clase trabajadora -gracias a su mayor influencia política- en detrimento de los grupos más necesitados. Sin embargo, este argumento no parece estar confirmado empíricamente.²¹ Estudios sobre el *impacto redistributivo* de los sistemas de pensiones en Chile -antes de la reforma pensional- y en Brasil concluyen que en ambos casos los deciles de menores ingresos se beneficiaban en los regímenes de reparto vigentes en aquellos momentos.²²

De la inequidad de los regímenes pensionales con relación a la sociedad en general, por la limitada cobertura que brindan, se concluye que solamente se ha favorecido a la *población insertada en los sectores modernos*. Sin embargo, en todo caso más que calificar al sistema pensional de injusto, las raíces deben ser halladas en la histórica concentración del ingreso en América Latina, agudizada en las últimas décadas por las reformas neoliberales.

Pero la pretensión neoliberal va más allá. Incluso, asumiendo como referente un sistema de reparto que realice una *redistribución progresiva*, algunas opiniones sostienen que en el largo plazo, un sistema de capitalización -privado por supuesto- genera un crecimiento en el *stock* de capital, en el producto per cápita y en los salarios reales, los cuales representarían para los pobres mayores beneficios que las pérdidas redistributivas por la sustitución de un régimen de reparto.²³

²¹ Cfr. Carmelo Mesa-Lago y Lothar Witte, "Regímenes pensionales en el Cono Sur y la región andina: panorama, problemas y propuestas", en *Regímenes pensionales*, FAUSO-CHD-FESCOL, Colombia, 1992.

²² Cfr. Francisco E. Barreto, Kaizo Iwakami y André Cezar Medici, "Financing Social Security in Brazil", en la compilación de Francisco E. Barreto, *Social Security Systems...*, *op. cit.*, pp 67-71; y Mario Marcel y Alberto Arenas, *Reformas a la seguridad social en Chile*, Serie de monografías 5, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC, 1991, pp 9-11. No obstante, en ambos casos también se admitía la existencia de injusticias al interior de los sistemas, en los mismos deciles y entre otras subdivisiones de la población protegida.

²³ Cfr. Salvador Valdés-Prieto, *Distributive concerns when replacing a pay-as-you-system with a fully funded system*, Banco Mundial, Washington DC, 1993. Esta presunción parte del pretendido efecto positivo del régimen de capitalización sobre el ahorro, y en el cual nos detendremos más adelante. Resulta decepcionante la ignorancia de la extrema neoclásica con relación a los autores -marxistas o no- que no comparten sus presupuestos. De hecho, solamente reconocen como válidas las "sagradas escrituras", y es común que se citen de manera cruzada unos a otros.

En el diagnóstico neoliberal se incluyen algunos elementos - que como manifestaciones externas de una causa mayor- estarían en cualquier examen de la izquierda, y se confunden con otros elementos discutibles o de escasa validación empírica en un ordenamiento jerárquico erróneo. Finalmente, como pretendidas causas de los mismos se identifican la modalidad de reparto y la administración pública de los sistemas, y por lo tanto, se "...induce a pensar en una solución determinada".²⁴

Tal solución es entonces la sustitución de los sistemas de reparto por los de capitalización individual, la concesión de mayores espacios para las administradoras privadas de fondos, y el establecimiento de sistemas de pensiones básicas para los pobres. Para el logro de esta última medida *quasi-asistencial*, a diferencia de la reforma chilena que sustituyó totalmente el anterior régimen por uno de capitalización -camino seguido también parcialmente por México con la reestructuración del IMSS-, generalmente se implantan regímenes pensionales mixtos -como en los casos de Colombia, Argentina, Perú y Uruguay, y contenido de la mayoría de las propuestas de reforma-;²⁵ compuestos por un subsistema privado de capitalización individual y dirigido a los sectores de más altos ingresos, y otro estatal de reparto, que generalmente con menores contribuciones otorga pensiones mínimas. De esta forma, se pretende lograr un mecanismo, que aunque "respeta" y legitima la perversa distribución del ingreso, intenta compensar e incluir en la cobertura -con "pensiones de pobres"- a los estratos inferiores. No se trata, como ha afirmado Boltvinik, de un intento de superar la pobreza, sino de administrarla.²⁶

Sin embargo, ni siquiera esta opción sería viable para los países con baja cobertura y un mayoritario sector informal, la casi generalidad de los países latinoamericanos. De una parte, las bajas pensiones que se recibirían del subsistema *quasi-asistencial* harían poco probable una afiliación masiva. Por otro lado, una de las condiciones de mantenimiento en el mercado de buena parte de las empresas informales es precisamente la ilegalidad, así que cualquier intento de formalización conspiraría contra su propia existencia.

²⁴ Cfr. Asa Cristina Laurell, *La reforma de...*, op. cit., p. 77.

²⁵ Cfr. Andras Uthoff, op. cit.

²⁶ Cfr. Julio Boltvinik, *Algunas tesis y reflexiones sobre la pobreza en México. Bases para una política para su superación*, ponencia presentada al coloquio "Hacia una política social alternativa", IERD-Fundación Friedrich Ebert, México DF, mayo 1996.

Además, los sectores pobres, que diariamente deben enfrentar la sobrevivencia, difícilmente puedan sacrificar más el consumo -o mejor dicho, el *subconsumo*- presente en aras de un aseguramiento futuro.²⁷

Por el lado de los costos también se agregan medidas, tanto para los sistemas que permanecen en el sector público como para los privados, que reducen los beneficios de los trabajadores, tales como la tensión de las condiciones para obtener la pensión y el aumento de la edad de jubilación.

La causa de la crisis

Desde finales de la década del 60 la economía capitalista mundial entró en una nueva crisis de acumulación, de la cual se han derivado una serie de transformaciones que implican la conformación aún no acabada de un nuevo orden mundial. Sus principales tendencias son el avance de la nueva revolución tecnológica como base material de las transformaciones, la globalización -o "revigorización de la ley del valor"-²⁸ y la nueva polarización del mundo, y la transformación de los estados nacionales.²⁹

La nueva etapa del capitalismo, como respuesta a las condiciones impuestas por la tercera revolución industrial requirió del capital el cumplimiento de tres condiciones: incrementar el grado de explotación de la fuerza del trabajo en todo el sistema para aumentar la masa de plusvalía disponible; la intensificación de la concentración del capital en los países capitalistas desarrollados; y la ampliación de las escalas del mercado para viabilizar las inversiones que requería la reconversión tecnológica.³⁰ Dicho de otra manera: "los ricos deben aumentar sus ganancias para invertir más, y la seguridad del resto de la sociedad requiere ser recortada para que se refuercen los incentivos del trabajo". La atención de esta máxima marca las "reformas

²⁷ Cfr. Carmelo Mesa-Lago y Lothar Witte, op. cit., pp. 23-27.

²⁸ Como define Marini a la globalización. Cfr. Ruy Mauro Marini, *Prefacio* al libro de Adrián Sotelo, *México: dependencia y modernización*, El Caballito, México DF, 1993.

²⁹ Cfr. Alejandro Dabat y Miguel Ángel Rivera, "Las transformaciones de la economía mundial", pp. 15-38, en *México y la globalización*, UNAM, Cuernavaca, 1994.

³⁰ Cfr. Ruy Mauro Marini, op. cit.

estructurales” emprendidas en el mundo, y en particular en América Latina.

La reestructuración de los sistemas de pensiones se ubica dentro las políticas conducentes a otorgar mayores espacios rentables y fuentes para la acumulación. La privatización y capitalización no son de ninguna manera acciones marginales, sino que significan una colosal transferencia de fondos al sector privado. En Chile, los fondos para la jubilación manejados por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) representaban en 1994 el 43% del Producto Interno Bruto (PIB) y se estimaba que para el año 2000 movilizarían el 50%.³¹ En México se espera que en 30 años, los fondos administrados por empresas privadas representen el 60% del PIB.³²

Así, la crisis de los regímenes pensionales de la región se explica en dos momentos: un primer momento, el surgimiento de la crisis, que es una consecuencia del agotamiento del modelo de sustitución de importaciones, como manifestación en América Latina de la crisis capitalista mundial de acumulación. La pérdida de dinamismo de las economías latinoamericanas, y por consiguiente de la capacidad de generar empleos y salarios remuneradores, significaron a la vez la crisis de los regímenes públicos de reparto. Un segundo momento, a partir de los años ochenta, es la agudización de la crisis, en la cual los sistemas de pensiones vigentes se hacen incompatibles con el patrón de acumulación neoliberal instaurado en la región. La creciente informalización de la economía y la reducción de los salarios reales como características estables del nuevo patrón, son simplemente disfuncionales con los regímenes estatales de reparto y explican, en lo fundamental, la llamada “crisis institucional”. (Ver Cuadros 2 y 3)

³¹ Cfr. Robert Lacey, “La reforma de la jubilación en América latina: los retos y el papel del Banco Mundial”, *Comercio Exterior*, vol. 46 . 9, México DF, 1996, p. 685, y Patricio Mujica, “The Chilean experience”, pág. 135, en la compilación de Francisco E. Barreto, *Social Security Systems...*, op. cit. En Chile prácticamente cada grupo económico importante formó una o más AFP. A principios de los ochenta, el 50% de los recursos captados por las AFP se depositaron en los bancos de los grandes conglomerados económicos. Cfr. Jorge Ordenes, “El sistema previsional chileno: un sistema profundamente perverso”, en *Marxismo militante*, Editorial Roalva, La Paz, 1995, p. 84.

³² Cfr. Patricia Olave, *Las reformas sociales en curso: principales disputas teóricas y políticas*, p. 19, ponencia presentada al seminario “Reformas a la Seguridad Social en México y América Latina”, IIEC, UNAM, México, D.F., mayo 1996.

Cuadro 2. América Latina 1980-1993.
Estructura del empleo no agrícola

Países/Años	Sector informal	Sector formal
<i>América Latina</i>		
1980	40.2	59.8
1993	55.2	44.8
<i>Argentina</i>		
1980	39.4	60.7
1993	50.8	49.2
<i>Brasil</i>		
1980	33.7	66.3
1993	55.6	44.4
<i>Chile</i>		
1980	50.4	49.6
1993	49.9	50.1
<i>México</i>		
1980	49.1	50.9
1993	57.0	43.0
<i>Venezuela</i>		
1980	34.5	65.5
1993	52.2	47.8

Fuente: Andras Uthoff, *Reformas a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe*, CEPAL, Santiago de Chile, 1995.

Cuadro 3. Evolución de los salarios reales 1980-1992

Índice 1980=100%

Países	Mínimo	Agrícola	Construcción	Industria
<i>América Latina</i>	64.8	69.4	87.3	93.3
<i>Argentina</i>	45.3	...	61.5	104.6
<i>Brasil</i>	49.2	18.8	93.0	109.6
<i>Chile</i>	83.4	104.2	67.5	117.6
<i>México</i>	38.9	...	55.5	69.0
<i>Venezuela</i>	60.1	55.4

Fuente: Andras Uthoff, *Reformas a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe*, CEPAL, Santiago de Chile, 1995.

La retórica del *pensamiento dominante* para justificar la reforma neoliberal de los sistemas de pensiones no está de ningún modo dirigida al logro de una racionalidad económica o social en abstracto. El debate sobre el papel del Estado y el mercado no responde a fines neutros, en la medida que esta contraposición en el plano “institucional” y aparentemente “técnica”, en realidad expresa el conflicto de intereses de clases y de actores sociales irreconciliables en el actual contexto. Como ha repetido el marxista español Jesús Albarracín, la solución es dicotómica: “o ellos, o nosotros”. El discurso neoliberal trata en el marco de las ideas de justificar las tendencias que impone la “legalidad” económica del sistema capitalista, y por ello constituye el eco teórico de la voz de los “ganadores” del ajuste.

La capitalización y el ahorro

Según el recetario en boga la sustitución de los sistemas de reparto por los de capitalización individual, además de dar solución a los problemas críticos

presentados en el diagnóstico neoliberal, contribuirá a elevar el ahorro interno.³³ Para la modernización no basta el aumento de la tasa de plusvalía, sino que es necesario incorporar también al proceso de capitalización una parte de los salarios, y de esa manera no afectar el consumo de la clase capitalista. Durante el ajuste en la región, las clases y estratos de mayores ingresos - contradictoriamente en apariencia con las necesidades que ha impuesto al capital la revolución tecnológica- han incrementado su consumo, al punto que “su estilo de vida a veces llega a constituirse en una provocación para el resto de la población y en un factor importante que permite explicar la insuficiente capacidad nacional para acumular e invertir”.³⁴

El tema de la necesidad del incremento de la tasa de ahorro interna se ha visto impulsada luego de la crisis financiera mexicana y su consecuente efecto “tequila”. El argumento para la virtual contribución de los sistemas de capitalización sobre el ahorro es sencillo: como que el principio de los sistemas de reparto es que cada generación financie a la anterior, esta última no ahorra. De hecho, los posibles ahorros de las primeras generaciones que financian el sistema, se neutralizan con los beneficios que obtienen los que no han contribuido aún. Con la aplicación de la capitalización individual quedaría excluida tal posibilidad.

Sin embargo, en caso de que se sustituyera un régimen de reparto con cobertura extendida por uno de capitalización individual, el déficit que se produciría en el régimen de reparto -que se traduciría en un desahorro público- anularía los efectos que sobre el ahorro tendría la capitalización.³⁵ Además, si

³³ Esta opinión predominante es con frecuencia uno de las principales argumentos para las reformas neoliberales de la seguridad social. Cfr. por ejemplo, Michael Gavin, Ricardo Hausmann y Ernesto Talvi, “Ahorro, crecimiento y vulnerabilidad macroeconómica: la expansión de Asia y América Latina”, *Políticas de desarrollo*, Banco Interamericano de Desarrollo, junio 1996, Washington DC, 1996. También Diario oficial de la Federación, *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, México DF, 31 de mayo de 1995; y Centro Internacional para la Empresa Privada, “Entrevista con Domingo Cavallo, ministro de Economía de Argentina”, *Reforma económica hoy* No. 3, Washington DC, 1993, pp 8-9.

³⁴ Cfr. CEPAL, *Transformación productiva con equidad*, Santiago de Chile, 1990, p. 59.

³⁵ Cfr. CEPAL, *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado*, Santiago de Chile, 1992, pp 160-161. Existen en el discurso neoliberal otras razones más sutiles, y siempre basadas en presupuestos extremos para analizar la relación entre la capitalización y el ahorro. Ver por ejemplo, Giancarlo Corsetti y Hans Schmidt-Hebbel, *op. cit.* pp 20-21.

se considerara como punto de partida un sistema de reparto con una cobertura reducida, la incorporación de nuevos afiliados contribuyentes no dependería del sistema pensional en sí. Como ya hemos visto, la ampliación de la cobertura es antagónica con el patrón neoliberal de acumulación impuesto en la región. Por ejemplo, en 1991, a diez años de la reforma chilena, las AFP solamente registraban como contribuyentes al 5% del total de trabajadores por cuenta propia. Además, de los afiliados a las AFP sólo aportaban regularmente -y con ello contribuían al ahorro- entre el 60 y el 70%.³⁶

Incluso, en un caso extremo y poco realista, en que la sustitución del régimen de reparto se efectuara sin que el Estado asumiera el compromiso de las pensiones con los afiliados pasivos, difícilmente la generación joven -en virtud de lazos familiares, de amistad o humanitarios- deje de financiar a la generación pasiva. Esta transferencia anularía, al menos parcialmente, el supuesto incremento del ahorro que aportaría la reforma.³⁷

Diversos estudios empíricos sobre el impacto de la reforma pensional chilena, concluyen que no hay un nexo de causalidad entre el cambio de sistema y el comportamiento del ahorro. El déficit generado en el sector público pasó del 1,74% del PIB en 1980 al 5,03% en 1991, y con ello ha provocado un desahorro que contrarresta el creciente monto acumulado en las cuentas individuales administradas por las AFP.³⁸

Para neutralizar en parte la resistencia de los trabajadores al cambio de sistema, y lograr que pongan sus ahorros en función de la "autoexplotación", una de las "bondades" más pregonadas ha sido la mejoría de las pensiones que se otorgarían. Para que tal presunción tuviera algún grado de certidumbre, se requeriría como uno de sus presupuestos una tasa sostenida de crecimiento económico, de manera que la rentabilidad de las inversiones fuera mayor que el ritmo de crecimiento de la economía en su conjunto.³⁹ En todo caso, la potencial mejoría de los

montos de las pensiones llevaría implícito el riesgo de que una caída del rendimiento de las inversiones, sobre todo en los años previos al retiro, podría erosionar notablemente los fondos acumulados. De hecho, la certidumbre no es una de las características de los mercados actuales. Así, durante la recesión de los años ochenta en Chile, el sistema financiero estuvo al borde del colapso, y con ello, la posibilidad de pérdidas de capital para los fondos de pensiones. Sólo la intervención urgente del gobierno permitió mantener la alta rentabilidad de los mismos.⁴⁰

Hasta la fecha -por la relativa juventud del sistema de capitalización chileno- el número de pensiones otorgadas por las AFP es reducido, y dificulta una análisis comparativo con las entregadas por el antiguo régimen de reparto.⁴¹ A pesar de esta insuficiencia vale resaltar que las pensiones por jubilación otorgadas por las AFP son muy bajas. Aunque eran superiores en un 43% a las del sistema de reparto, la tasa de sustitución del sistema de las AFP era del 38,7% a diferencia del 42,7% ofrecido por el régimen de reparto.⁴²

Además, la capitalización tiene para los trabajadores otros "costos" implícitos. Las mujeres, por su mayor expectativa de vida, pierden el "subsidio" relativo que disfrutaban en los sistemas reparto, y sólo pueden entonces financiar pensiones más bajas con el mismo capital ahorrado.⁴³ Como se deriva también de la experiencia chilena, los descuentos que cobran las compañías de seguro son muy altos, y reducen la magnitud de las pensiones.⁴⁴

⁴⁰ Cfr. Mario Marcel y Alberto Arenas, *op. cit.*, p. 27.

⁴¹ Se considera que un sistema alcanza la madurez cuando sobrepasa los 40 años.

⁴² Cfr. Jaime Ruiz-Tagle, "El nuevo sistema de pensiones en Chile: una evaluación preliminar", *Comercio Exterior*, vol. 46, núm. 9, México DF, 1996. "Curiosamente" las fuerzas armadas chilenas continúan bajo el sistema de reparto, p. 708.

La tasa de sustitución representa el monto de las pensiones promedio expresadas en porcentaje de las remuneraciones medias.

⁴³ Cfr. Norbert Eichler y Miguel E. Cárdenas, *op. cit.*, pp 20; y Patricio Arrau y Klaus Schmitt-Hebbel, *Pension systems and reforms: country experiences and research issues*, p. 18, Banco Mundial, Washington DC, 1994. En el sistema chileno existen cinco modalidades para el retiro: renta vitalicia, retiro programado, renta temporal con renta vitalicia diferida, pensiones anticipadas y pensión mínima garantizada por el Estado. En las tres primeras modalidades, por la mayor longevidad esperada, las mujeres salen perjudicadas.

⁴⁴ Cfr. Patricio Arrau y Klaus Schmitt-Hebbel, *op. cit.*, pp. 19-20, y Salvador Valdés-Prieto, *Administrative Charges in Pensions in Chile, Malaysia, Zambia and the United States*, Banco Mundial, Washington DC, 1994.

³⁶ Cfr. Mario Marcel y Alberto Arenas, *op. cit.*, pp 21-23.

³⁷ Cfr. Ramiro Rodríguez, "El sistema de jubilaciones y pensiones en el Paraguay", pp. 214-215, en Andras Uthoff y Raquel Szalachman, *op. cit.*

³⁸ Cfr. Patricio Arrau, "El nuevo régimen previsional chileno", en *Regímenes pensionales*, *op. cit.*, pp 56-59. Mario Marcel y Alberto Arenas, *op. cit.*, pp. 43-45; y Norbert Eichler y Miguel E. Cárdenas, *La reforma pensional en Chile*, FESCOL, Colombia, 1992. p. 25.

³⁹ Cfr. Patricio Arrau, "El nuevo régimen...", *op. cit.*, pp. 48-49.

La privatización y la eficiencia

La capitalización, aunque constituye el traspaso al mercado de un espacio importante de la seguridad social no implica necesariamente privatización.⁴⁵ Sin embargo, en el contexto actual, de poco valdría para el capital si no se fluyeran y se administraran directamente los ahorros por el sector privado. De esa forma, capitalización individual y privatización van de la mano.

Las razones con más frecuencia aludidas para sustentar la privatización de los fondos de pensiones son la necesidad de aislar esta esfera de la seguridad social -principalmente por la parte de los beneficios- del proceso político, el logro del ajuste "automático" ante los cambios demográficos debido a la mayor independencia del sistema político,⁴⁶ y -como ya hemos apuntado- la ineficiencia de la administración pública.⁴⁷

La eficiencia productiva de las empresas públicas *versus* las privadas ha sido tema de un agudo debate durante todo el proceso de inicio y auge de las privatizaciones en América Latina. Sin embargo, de la revisión teórica, así como de las experiencias post-privatización no se derivan ventajas para la empresa privada.⁴⁸ Ello por supuesto no niega que en muchas empresas públicas de la región haya florecido la corrupción y el burocratismo, y hayan sido utilizadas por los gobiernos para el logro de objetivos políticos, a expensas de sus indicadores económicos. En todo caso las deficiencias de las empresas públicas no han sido fruto de la propiedad *per se*. Tampoco las privadas han sido un jardín de virtudes.⁴⁹

⁴⁵ Por ejemplo, en Singapur, Malasia, Zambia y Estados Unidos existen sistemas de capitalización administrados por el Estado. Cfr. Salvador Valdés-Prieto, *Administrative charges...*, op. cit.; y Monika Queisser, "Seguridad social en Singapur", en *Regímenes pensionales*, op. cit.

⁴⁶ Cfr. Salvador Valdés-Prieto, *Earning-related mandatory pensions...*, op. cit., pp 2-3.

⁴⁷ Razones que coinciden con la presunción del "estado mínimo". No obstante, que la seguridad social se aisle del proceso político, de ninguna manera implica "menos estado". Se necesita un estado muy activo para lograr la "...separación de la política de la economía y garantizar legalmente y políticamente los derechos de contratos y propiedad". Véase Leo Panitch, *Globalization and the state*, UNAM, México DF, 1994, pp. 14-21.

⁴⁸ Cfr. Luis Gutiérrez, "La eficiencia pública versus la privada. El mito y la evidencia", *Cuadernos de Nuestra América* No. 24, Centro de Estudios sobre América, La Habana, 1995.

⁴⁹ Cfr. Luis Gutiérrez, *El ajuste del Estado empresario en América Latina*, Editorial Ciencias Sociales, La Habana, en prensa.

El neoliberalismo ha tratado de divulgar una imagen exagerada, y en muchos casos adulterada de reales deficiencias en la conducción estatal de las entidades. De esta manera, el mito de la superioridad privada-sobre la pública también se ha extendido al campo de la seguridad social, específicamente a la administración de los sistemas de pensiones. Sin embargo, en un estudio concluido recientemente, Salvador Valdés-Prieto -quien no esconde su satisfacción con los "éxitos" de la reforma pensional chilena- admite que la gestión privada de los fondos de pensiones encarece los cargos o costos administrativos. (Ver Cuadro 4).⁵⁰ En Chile las administradoras privadas han tenido que incurrir en gastos de comercialización y ventas que no existían en el sistema de reparto estatal, además de los inherentes -a pesar de la oligopolización del mercado- a la falta de economías de escala.⁵¹

Por otra parte, en la medida que la privatización radical de los fondos de pensiones exige que el Estado se haga cargo, al menos, de los pasivos vinculados al régimen público, hace que durante el periodo de transición coexistan dos sistemas con sus correspondientes aparatos administrativos, y se incrementen los costos a nivel de la economía global.

⁵⁰ Cfr. Salvador Valdés-Prieto, *Administrative charges...*, op. cit. Aunque el autor reconoce que las evidencias sugieren que los sistemas estatales son menos costosos, en parte contrarresta tal afirmación argumentando que son de menor calidad, como si la excelencia en la calidad fuera una virtud exclusiva de la gestión privada. También ver Robert Lacey, op. cit., p. 687.

⁵¹ Cfr. Patricio Arrau, "El nuevo régimen...", op. cit., pág. 51, Salvador Valdés-Prieto, *Administrative charges...*, op. cit.; y Norbert Eichler y Miguel E. Cárdenas, op. cit., pág. 22. En Chile, en 1995 existían 18 AFP. Tres de ellas concentraban el 68,7% de los afiliados, el 54,1% de los fondos y 74,6% de las utilidades. Cfr. Jaime Ruiz-Tagle, pág. 707, op. cit.

Cuadro 4. Cargos o costos administrativos (en dólares estadounidenses de 1992 por persona cubierta por año de vida activa)

País	Administradores	Propiedad	Vida Rentas	
			activa	vitalicias
Chile	AFP	Privada	51.6	-
	Cías. de Seguro	Privada	-	187.4 ⁵²
Estados Unidos	Employer DC plans	Estatad	46.7	-
	Cías. de seguro			
	- Por grupos	Privada	-	130.9
	- Individuales	Privada	-	320.9
	Social Security Adm.	Estatad	-	15.1
Malasia	Employee's Fund	Estatad	10.0	-
Zambia	Provident Fund	Estatad	46.8	-

Fuente: Salvador Valdés-Prieto, *Administrative Charges in Pensions in Chile, Malaysia, Zambia and the United States*, Banco Mundial, Washington DC, 1994.

Conclusiones

Hemos intentado en el presente artículo profundizar en las causas reales que motivan la privatización y mercantilización de la seguridad social, con especial énfasis en demostrar la falacia de los argumentos del *pensamiento dominante* en América Latina. El curso de la reestructuración de los sistemas de retiro no se determina por sugerencias técnicas y menos aún, por metas de

⁵² Aunque el costo determinado inicialmente es de US \$30,8 por año de vida activa, si se aplicaran en Chile - como reconoce el autor- los niveles de ingreso de los Estados Unidos sería entonces de US \$ 187,4.

justicia social. Todo lo contrario, responde a la lógica objetiva del capitalismo en la nueva etapa. Así, como ha concluido Vilas, "...Los hechos, no las ideas fueron la fuerza conductora del viraje".⁵³

Es consensual que los sistemas de pensiones están en crisis. La defensa de los principios de solidaridad y responsabilidad social de los regímenes de reparto, el manejo público y la posibilidad de modificarlos en el sentido de hacerlos más justos, más amplios y más democráticos es necesaria para un replanteamiento de la izquierda, pero a todas luces insuficiente. La crisis de la seguridad social no es un fenómeno aislado: refleja ante todo su disfuncionalidad con el nuevo patrón de acumulación capitalista

Para el logro de una reforma progresiva que favorezca a las mayorías habría que "reformular" el capitalismo mismo, o lo que es igual, contar con el interés y colaboración de la burguesía y la comprensión y paciencia del resto de la sociedad para construir un sistema de explotación más "humano". ¡Fáciles premisas! La *Transformación Productiva con Equidad*, como una de estas modalidades, supone "un movimiento sindical tecnificado, consciente de que su 'adversario' no es tanto el empresario como la competencia...",⁵⁴ como si no se estuviese desmantelando ya en el primer mundo el *Welfare State*.

Las tendencias actuales de la creciente exclusión social y de la voracidad en la acumulación de plusvalía entre los estados y al interior de los estados mismos no se explican por una acusada pérdida de filantropismo -aunque también algo de eso puede haber- de la burguesía en el actual contexto. Una reforma a *contracorriente* en las postrimerías de siglo tendría que ser a la vez anticapitalista.

Cualquier intento de pasar de una crítica a la reforma neoliberal de los regímenes pensionales a una construcción positiva conllevaría, en nuestra opinión, a valorar alternativas socialistas sistémicas, o dicho en una conceptualización amplia, que supriman la hegemonía del capital. No importa que el "socialismo real" haya sido un intento fallido. Al fin y al cabo eso fue: la búsqueda de una alternativa anticapitalista. La derrota de Espartaco no fue la "santificación" de Roma, y menos aún la resignación de los explotados.

⁵³ Cfr. Carlos M. Vilas, *Política y poder en el nuevo orden mundial: una perspectiva desde América Latina*, UNAM, México, 1993, p. 42.

⁵⁴ Cfr. CEPAL, "Equidad y transformación...", *op. cit.*, p. 7.

La seguridad social en México. Qué ha sido, qué se reforma y tendencia.

Berenice P. Ramírez López¹

A manera de introducción:

El 8 de diciembre de 1995, fue aprobada por la cámara de diputados, la reforma a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, la que entrará en vigor en julio de 1997. Por su parte, el 19 de abril de 1996, se aprobó por el Senado de la República, la Ley para la constitución de las Administradoras de los Fondos de Retiro (AFORES) y de las Sociedades de Inversión Especializadas de Fondos para el Retiro (SIEFORES).

Cabe señalar que por los 53 años de servicio y trayectoria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por los 10 millones 892 mil cotizantes,² por la cobertura que ofrece a 34 millones 427 mil mexicanos, por su infraestructura de 1700 unidades médicas, y por los 2 millones 167 mil pensionados,³ la reforma que se ha aprobado estará delimitando las orientaciones que en el corto plazo tomará la seguridad social en México.

Son varias las consideraciones que nos interesaría destacar de la Reforma a la Ley del IMSS, sin embargo por razones de espacio y de objetivos particulares del presente artículo nos concentraremos en analizar las implicaciones de las

¹ Corresponsable del Proyecto *Las Reformas a la Seguridad Social en México y América Latina* Investigadora y Coordinadora del Área de Economía Mundial y América Latina del IIEc.

² Incluye a asegurados permanentes y eventuales de acuerdo a la información proporcionada por el IMSS y dada a conocer en el *Primer Informe de Gobierno*, Poder Ejecutivo Federal, México, 1995. Sin considerar a los eventuales los asegurados sumaban en 1995, 9 millones 453 mil personas.

³ *Primer Informe de Gobierno*, Poder Ejecutivo Federal, México, 1995, pp.20-26, 147-150.

nuevas modalidades de financiamiento y de la separación que se establece entre seguros de salud y seguros de riesgos y previsión, los que empezaran a funcionar mediante la individualización de los fondos de pensión.

Uno de los aspectos fundamentales de la reforma es que delimita una distinta articulación entre el mercado y el Estado en el ámbito de la seguridad social. Institucionaliza, reglamenta y completa lo ya iniciado en 1992 con la aparición del Sistema del Ahorro para el Retiro, que en la ejecución de la política social, intervenga el sector público y el privado de forma compartida.

El principal riesgo de la reforma es el de poder mantener los principios que dieron origen a la seguridad social, en su connotación de política social solidaria que persigue la universalidad, la equidad, la redistribución y su validez de derecho social.

Si la reforma solo está determinando, más mercado, menos Estado y nula presencia de los actores involucrados en el cambio, es posible que se invaliden los principios señalados y que sea el vehículo que transforme radicalmente a la política social.

Por otra parte, partimos de la consideración de que ésta reforma, esta expresando no sólo problemas de financiamiento y de funcionamiento propio, sino que expresa también las demandas o requerimientos del actual patrón de acumulación, la necesidad de reorientar los gastos estatales, de beneficiar e impulsar condiciones encaminadas a incrementar el ahorro interno.

En el contexto de la profunda crisis económica de 1982 que derivó en el estancamiento productivo de la década de los ochenta y en una insuficiente reactivación económica que se enfrentó a otra grave crisis a finales de 1994, la precariedad laboral y la caída de los ingresos reales son de los aspectos que condicionan los alcances de éstas reformas. Por ello, requieren de soportes políticos lo suficientemente consensuados a partir del establecimiento de regulaciones estatales muy bien delimitadas. De otra forma podría resultar ser la instrumentación de una política económica exclusivamente orientada a restablecer equilibrios macroeconómicos. En un escenario en el que el mercado se transforma en el principal asignador de recursos y en ausencia de reglamentaciones claras acerca de las reformas propuestas, se pueden agudizar los problemas de falta de equidad en el otorgamiento de seguridad social y con ello profundizar situaciones de desigualdad y pobreza.

En México, la reforma entrará en vigor el 1 de julio de 1997, una vez que se han dado las reformas estructurales básicas para convertir la dinámica

económica y social de este país en una economía abierta, de orientación exportadora, desreglamentada, con predominio del sector privado hegemonizado por la fracción del capital financiero. Llama la atención que quiera ponerse en marcha después de que el modelo neoliberal, ha venido estructurándose y consolidándose a lo largo de los últimos catorce años, con serias dificultades en la formación del ahorro interno y en la inversión productiva, es decir cuando hay ausencias de condiciones financieras para impulsar un "sano" crecimiento económico basado en capacidades propias de financiamiento.

Otro de los entornos que acompaña a esta reforma es el hecho de que las relaciones de mercado han estado permeando con mayor determinación el conjunto de las relaciones sociales, principalmente por las nuevas funciones que ha pasado a desarrollar el Estado mexicano. El que inmerso en procesos de privatización y tal vez por la excesiva concentración del ingreso y del poder económico y político, lo que observamos es el comportamiento de un Estado debilitado en sus funciones rectoras, de conducción y organización nacional, principalmente por la falta de expresión del interés colectivo.

En el presente trabajo desarrollaremos en el primer apartado, los elementos que nos parecen más importantes destacar en cuanto a las razones y características de la reforma, haciendo referencia principalmente a las formas de financiamiento.

En una segunda parte, haremos una breve consideración acerca de lo que ha sido la seguridad social en México, para desarrollar en la tercera parte, las tendencias y posibles consecuencias de lo que se reformará.

Los motivos de la Reforma

Así como muchas de las medidas de política económica que se han instrumentado tienen el sello del llamado "consenso de Washington", así mismo las reformas a la seguridad social se generalizan una vez que organismos internacionales como el Banco Mundial, dieron a conocer su informe en relación a *Invertir en Salud* (1993), *Envejecimiento sin crisis* (1994) y el FMI los respectivos al ahorro mundial (1995).⁴

⁴ Banco Mundial *Informe sobre el desarrollo Mundial. Invertir en Salud*, Washington, D.C. 1993, p.329. "Envejecimiento sin crisis, Políticas para la protección de los ancianos y la



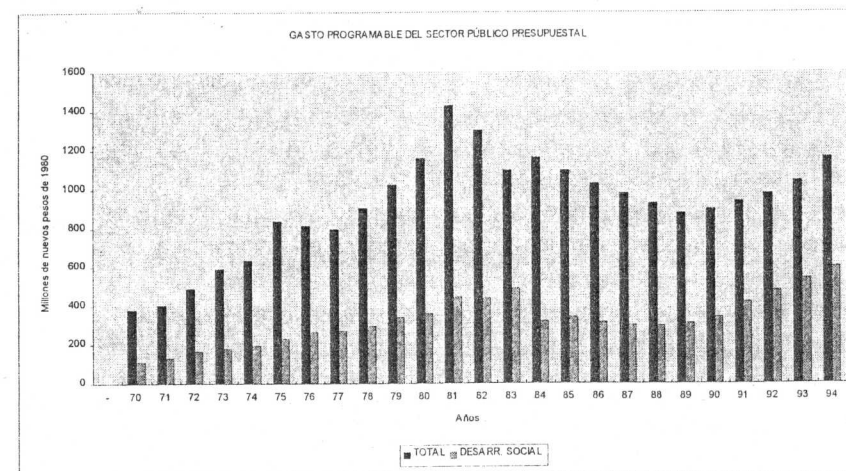
De este modo, las reformas a la seguridad social, pareciera que están respondiendo principalmente a las siguientes orientaciones básicas:

1) si la organización de la producción y la sociedad esta siendo determinada principalmente por las relaciones de mercado sin que medien otras instancias, la superación de las deficiencias y problemas de financiamiento de los sistemas de seguridad social deben ser resueltos mediante la institucionalización de los sistemas mixtos. El argumento sería que al participar el sector público con el privado en el ofrecimiento de la seguridad social y de los seguros sociales, la eficiencia y calidad serían resultado de relaciones de competencia. Su expresión, precios y servicios que entran a la órbita del mercado y la rentabilidad. Asumiendo que la salud, las pensiones y los demás componentes de la seguridad social requieren de mayor eficiencia y calidad, ello no dependerá de su funcionamiento dentro de los mecanismos estrictamente de mercado, principalmente cuando su desempeño tiene un impacto social, son parte del bienestar colectivo y de los derechos sociales adquiridos y deben entrar otras valoraciones de carácter social y político, orientados a mantener el equilibrio social.

2) una de las características del capitalismo de finales del siglo XX y en particular en América Latina, es su imposibilidad para crear condiciones de trabajo asalariado más o menos permanentes, de ahí que lo que sobresale en estos momentos sea la precariedad laboral, un crecimiento del desempleo abierto y del subempleo y la informalidad. Los desequilibrios estructurales, las nuevas tecnologías, los efectos de la apertura y de la competencia, van imponiendo nuevas formas en la organización y en las relaciones laborales. Esa precariedad va limitando las posibilidades de financiamiento vía cotizaciones y en función del empleo formal. Esta es una realidad, lo que se discute es si ante estas manifestaciones, los sistemas de reparto, que permiten solidaridad intergeneracional, se han agotado o si sólo mediante la institucionalización de los sistemas mixtos y las relaciones de mercado sea posible hacer frente a estas nuevas realidades. Es más, ante un escenario que plantea mayores retos para la seguridad social y una nueva definición en las funciones del Estado, va pesando más perseguir y mantener el equilibrio fiscal que el social.

promoción del crecimiento" Washington, D.C., 1994, p. 240., F.M.I.L. "El Ahorro en una economía mundial de crecimiento" en *El mercado de valores*, México, núm. 8 y 9, 1995.

3) por este énfasis, una de las características y objetivos de las políticas de ajuste y de estabilización ha sido el de alcanzar y mantener el equilibrio macroeconómico. En la realidad de la crisis económica de México que se presenta desde agosto de 1982 y durante todo el periodo de estancamiento productivo que el país ha enfrentado, la disminución del gasto público, de sus gastos corrientes y del gasto social ha sido una constante. El gasto público empieza a disminuir desde 1982. En 1987 se tenía un nivel de gasto similar al de 1978 y aunque nuevamente ha crecido desde 1990, en 1994 era equivalente (en dólares constantes) al otorgado en 1984. (ver gráfica 1).



Fuente: Elaborado con datos de los Anexos Estadísticos del V Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari y del I de Ernesto Zedillo.

Ante estas consideraciones, cabe diferenciar los aspectos que han sido señalados como los que dan cuenta de la crisis de la seguridad social, de aquellos otros que como resultado de la crisis económica han repercutido en el desempeño de la misma, es decir, razones de origen interno y razones de origen externo.

De acuerdo a la perspectiva del Banco Mundial, los sistemas de salud y de pensiones entran en dificultades financieras debido a la transición

demográfica y epidemiológica. Los logros alcanzados en la salud de la población han conducido a una ampliación en la esperanza de vida, lo que ha llevado a que cada vez sea mas largo el tiempo entre la edad de jubilación y la edad de muerte. Por ejemplo, actualmente la esperanza de vida en México es de 68.9 años para los hombres y de 75 para las mujeres⁵ y en el tiempo en que se generaron las legislaciones en relación a seguridad social era de 40.4 años para los hombres y 42.5 para las mujeres.⁶

Se menciona también los cambios en relación a cotizantes frente a pensionados. Actualmente y para el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es de 7 cotizantes frente a 1 jubilado. Esta relación muestra una tendencia desfavorable que se viene observando desde los años ochenta. Por ejemplo entre 1985 y en 1992, la relación entre estos dos indicadores fue de 9 a 1, en 1993 y en 1994 de 8 a 1. Por lo que corresponde al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la relación era de 15 a 1 en 1985, 11 a 1 en 1989, 8.7 a 1 en 1992 y de 7.5 a 1 en 1995, es decir que la presión financiera resultado de la relación señalada, se viene agudizando conforme se retarda una reactivación económica sostenida y en la medida que el empleo formal se reduce relativamente y se hace más precario.

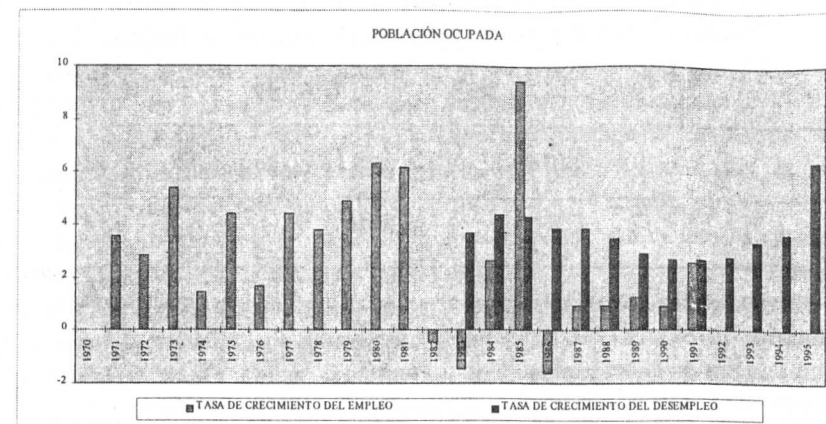
Ello nos conduce a señalar que aún asumiendo que ha habido transición demográfica y epidemiológica, y que la estructura de la pirámide poblacional se modifica, la presión que se está ejerciendo en las finanzas de las instituciones de seguridad social se explica más por las restricciones habidas en los ingresos que financian a la seguridad social, que por excesivos gastos o altos costos.

Cabe recordar que los modelos de seguridad social que se instrumentaron en América Latina tienen una relación directa con el empleo formal. La relación entre cotizantes/asegurados y derechohabientes fue sosteniendo el crecimiento de estas instituciones. La crisis económica y el estancamiento productivo por el que han atravesado la mayoría de los países latinoamericanos ha agudizado la precariedad laboral y el escaso crecimiento del empleo formal.

Revisando el comportamiento del empleo en México muestra las siguientes características:

⁵ FNUAP "Estado de la Población Mundial", *Decisiones para el Desarrollo: La mujer, La Potenciación y la Salud Genésica*, Fondo de Población de las Naciones Unidas. 1995, p.65.

⁶ INEGI *Estadísticas Históricas de México*, Tomo I, México, 3era Ed. 1985.



Fuente: Elaborada con datos del INEGI, Sistema de Cuentas Nacionales 1970-78, 1979-81, 1982-84, 1988-91.

Como puede observarse el crecimiento de la tasa de empleo es cada vez menor y como contraparte, el desempleo ha venido creciendo a tasas alarmantes. A raíz de la crisis de diciembre de 1994, el desempleo urbano aumento casi en un 100%, al pasar del 3.7% al 6.4%, registrando en lo que va del año de 1996, una tasa del 5.6%.

Si consideramos que la PEA representó para 1995, el 55% de la población total,⁷ es decir la constituyen 51 millones 535 mil habitantes, con la tasa de desempleo del mismo año (6.4 %), aproximadamente 3 millones 298 mil personas no tiene trabajo formal. De esa cifra, 1,391 205 lo perdieron en 1995. En el ámbito de la seguridad social todos ellos son posibles cotizantes.

De tal manera que si el crecimiento del empleo formal, responde cada vez menos al crecimiento demográfico y por lo tanto a las necesidades de creación de nuevos empleos, la base de posibles cotizantes crecerá en menor proporción que la de los pensionados y cesados.

⁷ De acuerdo a FNUAP *Estado de la Población Mundial op. cit.*, la población de México en 1995 es de 93.7 millones de personas.

Pensionados del IMSS y del ISSSTE

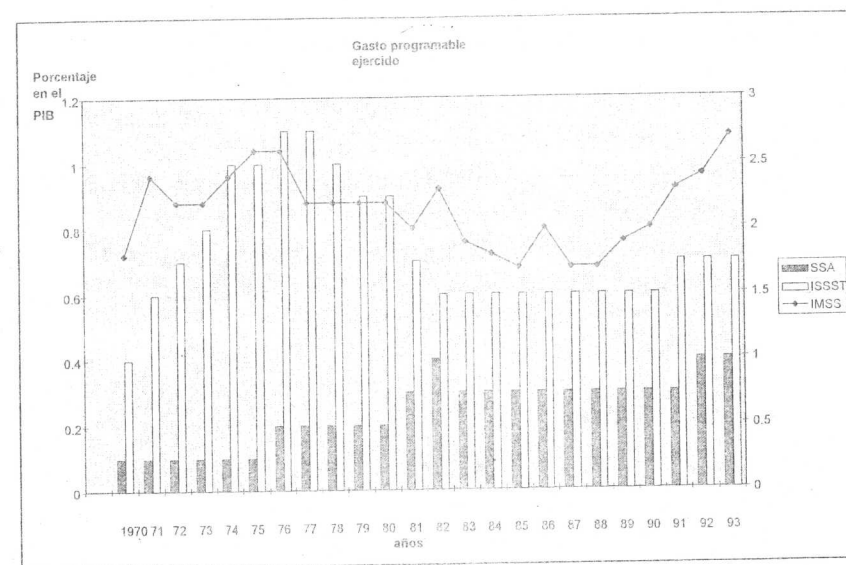
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Total	1035	1103	1230	1317	1378	1436	1492	1602	1701
Tasa de Crec.	7.81	6.57	11.51	7.07	4.63	4.21	3.90	7.37	6.18

Fuente: Elaborado con datos de los Anexos Estadísticos del V Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari y del I de Ernesto Zedillo.

Si las cotizaciones de los trabajadores y las cuotas patronales y del Estado forman parte de los ingresos de la seguridad social, estos se han visto mermados por la caída del salario real y por el desvío de recursos que el Estado ha tenido que realizar para enfrentar sus compromisos externos. El salario mínimo real representado en números índice, paso de 100 en 1970 a 36.04 en 1995.⁸

Por su parte, el gasto social disminuye notablemente entre 1983 y 1991. De 1992 a la fecha se ha venido incrementando la proporción del gasto público destinado al gasto social, aunque como se mostró en el cuadro 1, el gasto público viene enfrentando reducciones desde 1982.

⁸ González Gerardo *Algunas reflexiones sobre la escala móvil de salarios*, México, IIEc, 1995, mimeo.



Fuente: Elaborado con datos de los Anexos Estadísticos del V, VI Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari y I de Ernesto Zedillo.

Por el lado de los costos de la seguridad social, el comportamiento de la inflación y las devaluaciones han incidido directamente en el incremento de los precios de los insumos y de los servicios que los seguros sociales ofrecen, por encima de la inflación promedio y por su contenido importado.

De esta forma consideramos que la debilidad financiera de los seguros sociales tienen una relación directa con lo que está sucediendo en el empleo y por los impactos macroeconómicos derivados de la crisis y las políticas para superarla. Razones suficientes desde la perspectiva del capital para declarar inviable a los sistemas de reparto y orientarse por la individualización de los fondos de pensiones, encaminados a fortalecer el sistema financiero mediante el ahorro forzoso de los trabajadores, además ello se esté traduciendo en la formulación de nuevas modalidades de política social con orientaciones principalmente asistenciales de parte del Estado.

Principales características y objetivos de la reforma

Las reformas a la Seguridad Social, se inscriben en el contexto de lo que ha sido a nivel mundial, la crítica al Estado benefactor y la adscripción a una política económica orientada a restablecer los equilibrios macroeconómicos, principalmente para superar la crisis fiscal.

En el texto de la recién aprobada reforma del IMSS, se hace explícito una de las orientaciones básicas de la actual política económica, que es la de articular la política social con la fiscal y financiera.

El aspecto nodal que justifica a la reforma, es la insuficiencia financiera. Al tenerse una relación de 7 a 1, entre cotizantes y pensionados, se calculo que para el año de 1999 los egresos del seguro de invalidez, vida, cesantía y muerte, serían superiores a los ingresos, ante ello se podría recurrir a una reserva que sólo alcanzaría para dos años más.

La situación se manifiesta más grave, ya que el rubro de enfermedades y maternidad se ha financiado con recursos provenientes de las pensiones y desde 1973 con los que provienen del pago para guarderías.

Ante esta debilidad financiera e inviabilidad a futuro, la reforma del IMSS, se orientó por:

- mantener el carácter tripartito de las aportaciones para el seguro:
- de enfermedades y maternidad;
- de invalidez y vida,
- de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez,

Se mantiene la cuota patronal en la aportación para guarderías y prestaciones sociales, así como para los riesgos de trabajo, aunque ésta asume en realidad un carácter bipartito, ya que el otorgamiento de los beneficios de este seguro serán dados por la institución privada que contrate el trabajador.

Se divide el seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, en seguro de invalidez y vida (IV) y en seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (RCV). Estos seguros son los que darán contenido al nuevo sistema de pensiones privado, de capitalización individual y de aportes definidos. La capitalización individual ya se estaba introduciendo con las reformas de 1992, que crean el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR). Con la

reforma que se iniciará en enero de 1997, todas las formas posibles de fondos de pensión de los inscritos en el IMSS adoptan esta figura.

En la ley vigente a julio de 1997, los aportes que se dan para los seguros, representan una prima de 26.5% del salario base de cotización, esta prima en la ley que regirá a partir de 1997, será aproximadamente de 29.5%.⁹

La prima para el seguro de enfermedades y maternidad que representaba el 12.5% del salario base, sube a 13.9%. En la composición de ésta, llama la atención un incremento de las aportaciones del gobierno y desgravaciones para empleadores y trabajadores. La contribución bruta al seguro de salud, en el que participaba el patrón con el 70% de la prima, el trabajador con el 25% y el Estado con el 5%, se modificará, al patrón le corresponderá el 50% de la aportación, al trabajador el 17% y al estado 33%.¹⁰ Algunas de las razones de esta modificación, se encuentran en la aportación que el gobierno federal cubrirá mensualmente, equivalente al 13.9% de un salario mínimo (84 pesos de 1996) y que se ajustará trimestralmente al índice nacional de precios al consumidor, y a que la contribución de los trabajadores será a partir de los que ganan más de tres salarios mínimos.¹¹

Se establece también un seguro de salud familiar para quienes no están incorporados al régimen obligatorio. El costo aproximado será de \$138.00 y podrán acceder todos aquellos trabajadores que no tengan una relación contractual. Esta medida genera algunas interrogantes y consideraciones: si el desempleo abierto es de por sí alto, al considerar este más a la población que tiene una ocupación parcial de menos de 35 hrs. y cuya participación en la PEA es de 27%, de acuerdo a información oficial, en un contexto de dificultad para conseguir ingresos, el costo de dicho seguro resultará sumamente oneroso y sin un mejoramiento en las condiciones de vida de la población posiblemente la adquisición de este seguro familiar tendrá pocas posibilidades de ocurrir.

El seguro de retiro, cesantía y vejez, mediante la individualización de los fondos de pensiones pasa al régimen de capitalización individual y de

⁹ Ulloa Odilia, "Nueva ley del Seguro Social: la reforma previsional de fin de siglo", *El Cotidiano*, núm. 78, septiembre, 1996, pp. 27-52.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Véase Restrepo Zea *La nueva estructura financiera en el IMSS*, en *Momento Económico*, México, IIEC. UNAM, mayo-junio de 1996, núm. 85, pp. 19-23.

gestión privada. También se establece que tanto la pensión como las prestaciones médicas serán otorgadas al haber cumplido 65 años de edad o en caso de cesantía a los 60 años si se ha cotizado durante 1250 semanas. En la ley vigente, se tenía derecho a la pensión de vejez o cesantía si se había cotizado por 500 semanas o 9.6 años, en la actual se requiere haber cotizado por 24 años. El aporte es tripartito, el Estado participa con una cuota social, la prima representa el 8.5% de un salario mínimo vigente en el Distrito Federal. Con las reformas, la posibilidad de un retiro anticipado, sólo será posible si antes de los 60 o 65 años, el trabajador tiene en su cuenta individual, fondos superiores al 30% de su pensión garantizada, la pensión garantizada será la que el Estado otorgará a aquellos trabajadores que no alcanzaron una renta vitalicia y el seguro de sobrevivencia para sus beneficiarios y que representa un salario mínimo actualizado por el Índice de Precios al consumidor.

Si el trabajador no cotizó durante 1250 semanas, pero si logro acumular 750, podrá retirar los fondos acumulados en su cuenta individual (CIR) en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir las 1250 y tendrá derecho a las prestaciones médicas y a la pensión garantizada. Si cotizó menos de 750 semanas, retirará su saldo en una sola exhibición y no tendrá derecho a las prestaciones médicas.

La prima del seguro de invalidez y vida seguirá representando el 2.5% del salario base de cotización. Tendrá una gestión pública y privada ya que la gestión de la posible pensión será con la administradora de fondos con la que haya contratado.

También aumentan las semanas de cotización para tener derecho a este seguro. Si la invalidez es completa, el trabajador tendrá que haber cotizado durante 250 semanas. Si la invalidez es de 75%, se deberán haber completado 150 semanas de cotización. En la ley vigente, se necesitaban como mínimo para ambas posibilidades, cotizar durante 150 semanas.

La ley aprobada presenta dos características que puestas en práctica pudieran ser contradictorias:

Una es la de mantener el compromiso de garantizar protección a los trabajadores y procurar bienestar y de alguna forma esto lo representa la disminución de las primas que los trabajadores aportan para el seguro de enfermedad y maternidad, aunque una de las tendencias previsibles que se manifiesta es la carga fiscal que representará la transición de un modelo de

seguridad social a otro y los compromisos que pueda representar para el Estado sostener dichos beneficios. Pero frente a este hecho, tenemos la aceptación de la participación privada en la administración de las pensiones, lo que introduce los ahorros de los trabajadores a la incertidumbre, el riesgo y a la rentabilidad del mercado, los resultados además dependerán del nivel de ingreso individual y por lo tanto de los esfuerzos y capacidades de cada individuo en un periodo de vida productiva mayor al pactado desde las primeras reglamentaciones en seguridad social y con un horizonte que en el corto plazo no parece modificar la precariedad laboral.

Introducimos a las implicaciones que puede tener para la seguridad social en general, la reforma del IMSS, implica hacer una revisión de lo que ésta ha significado.

Las preguntas claves que nos haremos están relacionadas con el costo de la reforma y su compatibilidad con los compromisos políticos asumidos por el Estado. Lo difícil de querer articular la política fiscal a la social, en un contexto de estancamiento económico, de débil recuperación, de nulo crecimiento en los ingresos y en el empleo, puede resultar en una reforma cara, que incentive la privatización de los recursos del Estado y desde el Estado, desarticular aún más el otorgamiento de los beneficios sociales y por lo tanto establecer un clima de inseguridad y de precariedad bastante lejos de los principios por los que supuestamente se creó la seguridad social.

¿Qué ha sido la seguridad social en México?

Cabe recordar que la seguridad social abarca los seguros sociales, las asignaciones familiares, la asistencia social y los programas públicos de cuidado a la salud. Los seguros sociales comprenden pensiones por vejez, invalidez y muerte, la atención médico hospitalaria y las prestaciones monetarias por riesgos ocupacionales, enfermedad o maternidad. En México, la seguridad social se establece a nivel constitucional en el artículo 123, fracción XIV y fracción XXXI, inciso 11 y garantiza el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:

- a) cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales, las enfermedades no profesionales y maternidad; la jubilación, la invalidez, vejez y muerte,
- b) en caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley,
- c) las mujeres disfrutarán de un mes de descanso antes de la fecha que aproximadamente se fije para el parto y de otros dos después del mismo. Durante el periodo de lactancia, tendrá dos descansos extraordinarios por días, de media hora cada uno para amamantar a sus hijos. Además disfrutará de asistencia médica y obstetricia, de medicina de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles,
- d) los familiares de los trabajadores tendrán derecho de asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que fije la ley,
- e) se establecerán centros para vacaciones y para recuperación, así como tiendas económicas para beneficio de los trabajadores y de sus familiares,
- f) se proporcionará a los trabajadores habitaciones baratas en arrendamiento o venta, conforme a los programas previamente aprobados.¹²

Durante los años veinte y treinta, el apoyo que el Estado brindaba para la atención de la salud, era particularmente programas asistenciales y de beneficencia. Un antecedente del régimen de pensiones es la creación en agosto de 1925 de la Dirección de Pensiones Civiles de Retiro.¹³ La promulgación de la Ley Federal del Trabajo en 1931 y los distintos proyectos de Ley del Seguro Social Obligatorio, contribuyeron para la creación el 19 de enero de 1943, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Posteriormente la Dirección de Pensiones Civiles pasará a estructurar en 1959 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

¹² Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 123, fracción XXI, 5 de febrero de 1917.

¹³ IMSS, *La salud y la seguridad social en México*, México, 1996.

Además del IMSS y del ISSSTE, las otras instituciones que otorgan seguridad social son: Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Nacionales de México, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina.

Para 1990, el total de asegurados era de 48 millones 28 mil tres asegurados, los que representan el 59.1% de la población. De ese total el 80.3% está incorporada al IMSS, el 16.8% al ISSSTE y el 3.9% a las otras instituciones señaladas.

POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

(Millones de habitantes)

1990

	Habitantes	Porcentaje	
Población Total.	81249	100.0	
Población Asegurada	48028	59.1	100.0
IMSS	38475	47.4	80.3
ISSSTE	8073	9.9	16.8
PEMEX	897	1.1	0.01
SEDENA	317	0.3	
SECRETARÍA DE MARINA	164	0.2	3.9
FFNN.	537*	0.6	

Anexo: Primer Informe de Gobierno.

* 1989

Por su parte, la población que no tiene seguridad social y que se denomina "población abierta" puede recibir servicios de salud de parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, del Departamento del Distrito Federal, de los servicios IMSS-Solidaridad, y del sistema nacional para el desarrollo integral de la familia (DIF), en la práctica la cobertura no llega al 100%. Estos servicios, no son gratuitos, tienen un costo establecido de acuerdo a las condiciones de pago de los que lo requieren y se financia principalmente de aportaciones del gobierno federal.

Los servicios privados constituyen la tercera vía para acceder a servicios de salud. Su desempeño está vinculado a la capacidad de pago de los demandantes o usuarios.

El financiamiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se realiza mediante la contribución del empleado, del empleador y con aportaciones del Estado, por lo que es de carácter tripartito. Los ramos de aseguramiento desde su creación hasta antes de la Reforma aprobada en 1995 eran cuatro: a) Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte; b) Riesgos de Trabajo; c) Enfermedades y Maternidad, y; d) Guarderías.

Por su parte, el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se financia mediante la aportación gubernamental y la de los trabajadores. Otorga ramos de aseguramiento similares a los del IMSS, llegando a sumar 21 prestaciones sociales: el seguro de enfermedades profesionales, de accidentes de trabajo, de maternidad, promociones para mejorar la preparación técnica y cultural del trabajador y su familia, créditos para la adquisición de casa o terrenos, préstamos, jubilaciones, pensiones por muerte y riesgos de trabajo, tiendas de víveres, ropa y aparatos domésticos, hoteles y centros turísticos.

La reserva financiera de las pensiones en el ISSSTE ha estado constituida por el monto de los préstamos a corto plazo acumulados hasta la fecha. Al modificar el ISSSTE su ley en 1984, se pretendió formar la reserva con el equivalente al total de los adeudos por aportaciones acumulados del Gobierno Federal. El crecimiento de los pensionados mas la imposibilidad de obtener los rendimientos previstos, se ha traducido en que para pagar la nómina de pensionados se haya utilizado el fondo de reserva, siendo éste casi inexistente desde 1993. En 1994 y 1995 se ha recurrido al apoyo fiscal para pagar la nómina.¹⁴

En el ISSSTE, la pensión se otorga por edad y tiempo de servicios. Para obtener el 100% del sueldo base, se requiere que los hombres hayan cotizado durante 30 años y 28 en el caso de mujeres. Se puede jubilar a los 55 años de edad y 15 de servicio. En este caso se recibiría del 50% al 100% del salario base.

La cesantía por edad avanzada se otorga al cumplir 60 años y al haber trabajado un mínimo de 10 años. Aquí la pensión es creciente a partir del 40% del sueldo base del trabajador.

¹⁴ Teutli Otero Guillermo, *El régimen de pensiones del ISSSTE. Evolución y Perspectivas*, ponencia presentada en el Seminario Internacional "La Seguridad Social hacia el Siglo XXI" enero de 1996

Como prerrogativa del ejecutivo y rebasando lo que la Ley dictamina, en 1978 se decretó que ninguna pensión sería menor a un salario mínimo. En 1995 solo el 1.68% de los pensionados reciben un salario mínimo, el grueso entre 1 y 2%.¹⁵

En base a los elementos vertidos y de acuerdo a los principios clásicos de la seguridad social ¿Cómo podríamos catalogar a la seguridad social mexicana?

En relación a su carácter universal, su cobertura ha sido limitada, ya que las instituciones de seguridad social solo cubren al 59.1% de la población total. Las instituciones que brindan principalmente servicios de salud a la población abierta cubren a otro 35% de la población y un 13% no recibe ninguna atención. Por lo tanto, la preocupación que la reforma de diciembre de 1995 manifiesta en cuanto a alcanzar la universalidad es válida. El cuestionamiento es si se podrá lograr mediante la reforma que se pretende instrumentar.

La solidaridad de la seguridad social se puede observar en la forma de otorgar pensiones, mediante un sistema público que expresa solidaridad intergeneracional de los que hoy cotizan con los que se están jubilando. Los límites de ésta relación son los beneficios definidos, ya que el importe de las pensiones, coloca a esta población en los límites de la sobrevivencia, evidenciando problemas de distribución del ingreso y de equidad. La pensión promedio anual del pensionista del IMSS fue en 1985 de 0.38 veces el salario mínimo vigente en el Distrito Federal, 0.71 en 1990 y 1.01 en 1995. En el ISSSTE fue de 1 salario mínimo vigente en 1985, 1.20 en 1990 y 1.26 en 1995. Con estos ingresos, los pensionados se sumaban al 27% de la población ocupada (po) que en 1987 percibía menos de un salario mínimo y que para 1995 representaban el 10% de la (po).¹⁶

El mecanismo redistributivo también se establece en la relación derechohabientes-asegurados. En el caso del total de derechohabientes del IMSS, sólo el 31% son asegurados y en el ISSSTE el 23.5%.

Los mecanismos redistributivos también pueden observarse si destacamos el impacto de las prestaciones económicas y sociales otorgadas en las remuneraciones totales recibidas.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ INEGI: *Población ocupada por nivel de ingreso trimestral, 1987-1995*, Banco de Datos, México.

Al hacer el ejercicio para 1992, y tomando como datos la participación de las remuneraciones a los asalariados y al capital como porcentaje del producto interno bruto, se observa:

a) que los subsidios, ayudas y préstamos personales representan el 6.59% de la remuneración de los asalariados. Participación importante si consideramos que de 1980 a 1995, la remuneración de los asalariados como porcentaje del producto cayó en ocho puntos, al pasar de 35.10 a 27.3 y la caída del salario real de 100 en 1980 a 36.0% en 1995.¹⁷

b) por su parte, las pensiones representaron el 25% de dicha remuneración, si se hubiera mantenido la relación capital/trabajo que se registró en 1980, las pensiones no hubieran tenido una participación tan alta.

PRESTACIONES OTORGADAS POR LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PORCENTAJES RESPECTO A LA REMUNERACIÓN DE ASALARIADOS, 1992.

		1992	%
	Pesos corrientes	Pesos de 1980	
PIB		561,600.0	
Remuneración de asalariados		153,321.3	100.00
Pensiones	7,182,766	39,464.9	25.74
Subsidios y ayudas	1,354,056	7,439.7	4.85
Indemnizaciones	74,265	408.0	0.27
Préstamos personales	485,339	2,666.6	1.74

Fuente: Elaboración propia con datos del Anexo Estadístico del *Primer Informe de Gobierno* de Ernesto Zedillo Ponce de León, México, 1º de septiembre de 1995.

¹⁷ González Gerardo, *op. cit.*

En cuanto a derecho social, se reconoce su carácter de servicio público ya que brinda servicios de seguridad social para el trabajador y su familia y para sus ascendentes desde 1956.

Por las características del sistema político mexicano, los recursos generados por la seguridad social, se fueron utilizando para fines distintos a los que supuestamente deberían de responder. De tal manera que los recursos para las pensiones se utilizaron para la construcción de la infraestructura médica, para la atención médico-hospitalaria, se incorporó a población con ingresos variables en el régimen no simplificado, a grupos de población sin ingreso, como los estudiantes lo que fue ejerciendo presión para la eficiencia y calidad de los servicios en general, favoreciendo la práctica de posiciones populistas, dando paso a la corrupción y al uso privado de los recursos públicos.

No obstante llama la atención que de acuerdo a las normas internacionales, México tiene una posición favorable en relación a número de médicos, ya que cuenta con 117.6 médicos por cada 100 mil habitantes y éstos en el Sistema Nacional de Salud y como promedio, ofrecen 24.8 consultas diarias y 22.4 los especialistas.

La interrelación de lo político y lo económico en el funcionamiento de la seguridad social, fue haciendo cada vez más ambiguas las orientaciones que se han tomado al respecto. Los límites económicos, la filosofía liberal, la libertad de mercado y la libertad individual, se van enfrentando con las necesidades políticas, con la fuerte herencia corporativista del Estado y del presidencialismo.

Hoy se pretende incorporar al sector privado a la prestación de servicios relacionados con la seguridad social, un ámbito que constitucionalmente e históricamente ha sido de orden público, lo que cada vez va haciendo más complejo, la resolución de los problemas propios de la seguridad social.

Tendencias previsibles

Al hacer la evaluación de la seguridad social mexicana, resaltan los límites que esta tiene: cobertura limitada, falta de eficiencia, pensiones bajas, insuficiencia financiera, etc. Ello conduce a señalar que evidentemente se requiere de una Reforma. Lo que planteamos desde el principio es, si es a partir de los sistemas mixtos, de procesos de privatización parcial y de fomento

al individualismo que estos problemas pueden resolverse y lo que se puede advertir es que:

a) La reforma del IMSS, va a impactar al 47.4% de la población mexicana lo que se traduce en un escenario que va a ir marcando las tendencias que adoptará la forma de hacer seguridad social. Se propone un modelo mixto en el que participe el Estado y el sector privado. Para ello, el Estado asume los costos fiscales de la reforma mediante el incremento de su participación en las primas para los seguros de enfermedad y maternidad y garantizando la pensión mínima. Con ello invalida las consecuencias políticas y jurídicas de su total privatización, pero a su vez refuerza el papel del sector privado en la prestación de servicios de seguridad social y libera los recursos necesarios para incrementar los niveles de ahorro nacional, fortalece al sector financiero lo que pretendidamente incrementará la inversión y ayudará a la recuperación económica.

No obstante, el costo fiscal puede a su vez significar altas tasas impositivas que van a recaer en los contribuyentes y en la economía formal, agudizando más el deterioro de los ingresos y sólo para atender las necesidades de seguridad social de menos del 50% de la población, sin que se registren propuestas orientadas a mejorar los servicios de la población abierta y del 13% que no está incorporada a ningún régimen de seguridad social.

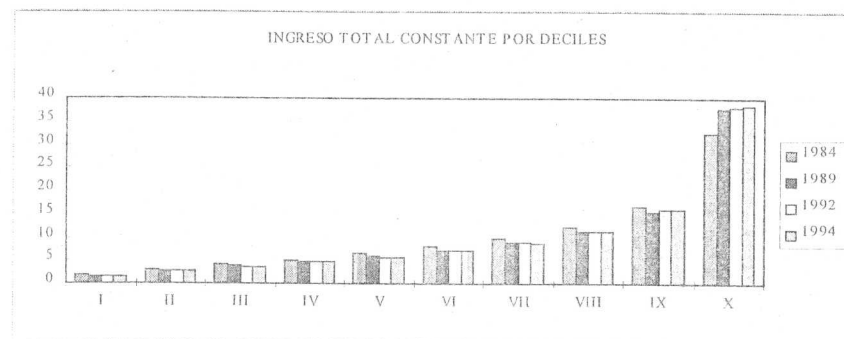
b) Si el rubro de enfermedades y maternidad se ha financiado con los recursos provenientes de las pensiones y desde 1973 con los de las guarderías, es altamente posible que en el mediano plazo no existan los recursos suficientes y necesarios para mantener e incrementar la infraestructura hospitalaria y médica. Evidentemente que éstos desvíos no debieron ocurrir ya que ello ha ido determinando la desarticulación de los recursos financieros del IMSS, aspecto que debe ser resuelto mediante legislaciones claras y respeto a la legalidad establecida.

Posiblemente si no hubiera para el gobierno, la urgencia de la recuperación del nivel de ahorro interno, tendría mayor viabilidad, legitimidad y eventualmente menores costos fiscales si primero se logra una cobertura más amplia y eficiente del Sistema Nacional de Salud y posteriormente se reforma el sistema de las pensiones.

c) La individualización de los fondos de pensiones está totalmente vinculada a las necesidades de creación de ahorro forzoso y a las tendencias

de precariedad laboral que el país enfrenta, pero sin regulaciones claras de parte del Estado para la actuación del capital financiero, existe la posibilidad de que los resultados que obtengan los trabajadores sean insuficientes y que aquellos que alcancen a cotizar 1250 semanas se tengan que conformar con la pensión básica que el Estado estará garantizando, la que representará un salario mínimo, ingreso similar al que hoy percibe la mayoría de los pensionados.

d) La debilidad financiera actual del IMSS sería posible revertir si existieran condiciones favorables de crecimiento de la inversión y del empleo, lo que pudiera traducirse en el mantenimiento del sistema de reparto. Considerando que la seguridad social es un derecho y forma parte del bienestar colectivo y de las posibilidades del equilibrio social, no se trata de que la seguridad social se estructure a partir de proteccionismos o populismos, sino efectivamente de lograr una relación distinta entre mercado, Estado y sociedad civil que permita inclusión social, incremento de bienestar y redistribución hacia los sectores más necesitados. Máxime cuando el estancamiento productivo, está generando mayor polarización en la distribución de los ingresos.



Fuente: Elaborado con datos del INEGI de la encuesta de ingreso y gasto de los hogares 1982, 1989, 1992 y 1994. Los datos corresponden al tercer trimestre del año.

e) El gasto social puede seguir creciendo hasta los límites que el equilibrio fiscal le imponga y si a ello no le acompaña una política de inversión y de empleo, el resultado va a ser políticas asistenciales y paliativas. Si la

reforma va a presionar al gasto público, sería mejor que lo presione una política de empleo y de reactivación económica. Además, el ámbito de una reforma de la naturaleza que se está planteando para la seguridad social, requiere del ejercicio de la descentralización política y administrativa, acompañada de un real federalismo y de un proceso de democratización. Considero que éstas son las únicas vías posibles para superar corporativismos y presidencialismos y para evitar caer en la ambigüedad y en la postura de emitir Iniciativas de Ley que encaminadas a fortalecer las relaciones de mercado, el liberalismo económico y la filosofía individualista, tengan que ser aplazadas por una contradicción de fondo, la de querer hacer depender la política social del equilibrio fiscal y la reactivación económica del incremento del ahorro interno, por la vía de un ahorro forzoso de los trabajadores. En una sociedad dominada por el capital transnacional, corporativizada en lo político, en la que más que libre mercado actúan los intereses de grandes monopolios y en donde la falta de regulaciones para el capital financiero y especulativo no permite ofrecer garantías de certidumbre ni para los ingresos de los trabajadores mucho menos para las pensiones a futuro, la elección que los trabajadores hagan para que sean administrados sus fondos, no será ni libre, ni con la suficiente información, pero si con un costo. Garantizar un ingreso digno para la vejez, salud para las mayorías, prestaciones sociales y recreación adecuada, seguirán siendo los temas pendientes en la consecución del desarrollo.

Referencias Bibliográficas

- BANCO Mundial *Informe sobre el Desarrollo Mundial*. Invertir en Salud, Washington, D.C. 1993, 329 pp.
- BANCO Mundial *Envejecimiento sin Crisis. Políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento*, Washington, D.C. 1994, 240 pp.
- BEBERIDGE William, *Las Bases de la Seguridad Social*, Biblioteca de la Salud, F.C.E-Instituto Nacional de Salud Pública, 1987. 271 pp.
- BOWEN Herrera, Alfredo, *Introducción a la seguridad social*, Editorial Jurídica de Chile, 1992, p. 152.
- CALVA José Luis (Coordinador) et.al *Distribución del Ingreso y Políticas Sociales* Seminario Nacional sobre Alternativas para la Economía Mexicana, México. Editorial Juan Pablos, Equipo Pueblo, Enlace, Foro de Apoyo Mutuo, Tomo II, 1995, 233 p.
- CEPAL-ONU, *El Gasto Social en América Latina: Un exámen Cuantitativo y cualitativo*, Santiago, cuadernos de la Cepal No. 73, 1994, 167ç
- FRENK Julio *El financiamiento como instrumento de política público*, ponencia presentada en el Seminario Internacional Sobre Economía y Financiamiento de la Salud, CIESS. Banco Mundial, México, diciembre de 1993.
- FUNUAP *Estado de la Población Mundial. Decisiones para el Desarrollo*, O.N.U. Fondo de Población para las Naciones Unidas, 1995.
- FUNSALUD, "La dimensión política en los procesos de reforma del sistema de salud", en *Documentos para el análisis y la convergencia*, 1994, núm. 13.
- LAURELL Asa Cristina *La reforma de los Sistema de Salud y de Seguridad Social. Concepciones y Propuestas de los distintos actores sociales*, México, Friedrich Ebert Stihung, Cuadernos de Trabajo Núm.47, 1995, 147 p.
- LAURELL Asa Cristina, *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo*, México, Friedrich Ebert Stihung, 1 reimp. 1994, 239 p.
- LAURELL Asa Cristina, *La Política Social del Pacto Posrevolucionario y el Viraje Neoliberal*, ponencia, coloquio, Hacia una Política Social alternativa, México, 30 y 31 de mayo de 1996, 22 p.

- ORTEGA Medina Antonio, *El régimen de Seguridad Social en México*, Instituto Mexicano de Contadores Públicos, México, Conferencia dictada en el auditorio del IMSS el 6 de julio de 1961.
- ORTEGA Medina, *México y La Seguridad Social*, IMSS, 1952.
- Pensiones, Prestaciones y Servicios Médico, *Momento Económico* México, IIEc-UNAM, 1996, No. 85, 42p.
- RAMÍREZ López Berenice P. "El contexto económico de las reformas a la seguridad social y el papel del Estado", ponencia presentada en el Seminario Internacional de Economía de la Salud, Villa Clara, Cuba, diciembre de 1995.
- RAMÍREZ López Berenice P. "Las reformas a la Seguridad Social: contexto, características y tendencias", *Momento Económico* México, IIEc-UNAM, 1996, No. 85, p.5-10.
- RUIZ Durán, Clemente, et.al., *Sistemas de bienestar social en Norteamérica*, Análisis comparado, México, Sedesol, 1994, p. 167.
- SCHUARZ Anita, Sistema de Pensiones redistribución o ahorro, "Finanza y Desarrollo", Washington, FMI, junio de 1995
- Seguridad Social: Reforma Profunda *El Cotidiano*, México, UAM-Azcapotzalco, sep. 1996, 120 p.
- TREVIÑO Norberto, Cervantes Porfirio, Valle Armado *Opciones de Reforma de la Seguridad Social*, Una agenda para la Reforma, México, Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) Serie Estudios 13, 289 p.
- VILAS Carlos M. (Coordinador) *Estado y Políticas Sociales después del ajuste* Caracas, Editorial Nueva Sociedad-UNAM, 1996, 202 PP.

Documentos

- BANAMEX, *Examen de la situación económica de México*, Banamex-Accival, 1996, no. 842, p. 44.
- I.M.S.S., *Ley Originaria del Seguro Social*, 1943.
- IMSS *Ley del Seguro Social*, México, IMSS-Coordinación General de Comunicación social, 1995, 197 p.

- IMSS, *Aportaciones al Debate. La Seguridad Social ante el futuro*, México, 1996, 119 p.
- IMSS, *Diagnóstico*, IMSS, México, 1995, p. 152.
- INEGI, *Estadísticas Históricas de México*, Tomo 1, México, 3era ED. 1985.
- INEGI, *Población ocupada por nivel de ingreso trimestral, 1987-1995*, México, Banco de datos.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL *Informes de Gobierno*, 1990, 1992, 1994, 1995, 1996.
- PRESIDENCIA de la República, *Iniciativa de la nueva Ley del Seguro Social*, exposición de motivos, México, 1995, p. 71.

El IMSS: problemática y reestructuración

Angelina Gutiérrez Arriola

Actualmente, a nivel internacional, las instituciones de seguridad social se encuentran, en mayor o menor medida, sujetas a críticas severas sobre su funcionamiento dado sus altos costos y relativa ineficiencia, planteándose, como solución, nuevos conceptos sobre seguridad social con los que se pretende, en ciertos países, transformarles de ser un gasto social a medios generadores de ahorro interno y, por lo mismo, uno de los ejes dinamizadores de la economía¹. Lo anterior lleva en forma explícita la reestructuración de las instituciones de salud en la que por una parte los recursos financieros relativos a las pensiones se conciben ahora como una forma de valorización del capital, y por la otra, su modernización y eficiencia como instituciones.²

En este contexto encontramos al IMSS sujeto hoy a un proceso de análisis y cambios: la crisis que se ensaña sobre la economía mexicana ha puesto en primer plano la crisis específica que vive la institución, cuyo origen habría

¹ Este fenómeno se está presentando lo mismo en países desarrollados como subdesarrollados, el ritmo y profundidad con que ocurre está sujeto a las condiciones de cada país. Se caracterizan por la integración de grandes empresas financieras. Dos casos que ejemplifican este fenómeno son los fondos de pensión de los EUA que se desplazan a nivel mundial en busca de rentabilidad, así como el sistema chileno de pensiones que dio origen a empresas financieras basadas en el ahorro de los trabajadores.

² En gran medida las reestructuraciones en los sistemas de salud obedecen al modelo elaborado por organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, en el que se especifican ajustes estructurales vía las políticas económicas y sociales entre las que encontramos la orientación de las instituciones de seguridad social hacia la medicina preventiva y de primer nivel, así como fomento del ahorro interno privatizando los seguros de retiro.

que buscarlo en las distintas fases de nuestro desarrollo, y que hoy se manifiesta en la cada vez mayor insuficiencia de recursos, el enorme peso de su estructura administrativa y la ineficiencia relativa en el otorgamiento de sus servicios, factores que han acelerado su necesaria reorganización y reestructuración. El tiempo, formas y políticas en que ésta se lleva a cabo han dependido en gran medida de la influencia que van ejerciendo los diversos actores sociales.

El análisis del IMSS debemos ubicarlo dentro de las condiciones en que se da la reinserción del país en la economía mundial, las cuales están pautadas por una generalizada reestructuración del capital que obedece a la tendencia decreciente de la tasa general de ganancia, los cambios en los métodos de producción por la aplicación de modernas tecnologías y la modernización de las empresas, factores que tienen como consecuencia modificaciones profundas en la organización y métodos de trabajo. Características de esta nueva fase son las políticas de desregulación comercial, liberalización financiera, apertura creciente y reprivatizaciones que afectan directamente el papel del Estado como motor y centro de la acumulación en el proceso productivo y como regulador de los conflictos sociales. Por lo mismo, se cuestionan los mecanismos de regulación económica y las concesiones sociales que se acusan como obstáculos para superar la crisis e incrementar las ganancias.

En este contexto se inserta la crisis de antiguo proceso que afecta hoy al IMSS al quedar éste enfrentado en el juego de esos cambios generales los cuales aceleraron su inevitable reestructuración y modernización orgánica para poder adaptarse a la nueva situación creada por la reestructuración que vive el capital y el trabajo, aun cuando con ello se altere su papel como factor importante en la regulación y estabilización de las relaciones sociales. Las particularidades que le habían caracterizado³ ya no responden a las nuevas formas de acumulación de capital; en este sentido, como mecanismo de regulación económica y social se ha convertido -según se afirma-, en un obstáculo dado sus altos costos, insuficiente e inadecuada captación de recursos; con su transformación hoy se va adecuando a las necesidades creadas por las nuevas

³ Particularidades como igualdad en la seguridad social para todos independientemente del ingreso; el sentido distributivo de las pensiones.

formas de acumulación y, simultáneamente, se convierte en un elemento estratégico de superación de la crisis.

Los cambios acelerados que hoy se observan en la política social del Estado responden a esta problemática y lo llevan a adoptar una estrategia que limita su papel en el fortalecimiento del bienestar social, estrategia que se sintetiza en la privatización de ciertos servicios sujetándolos a las leyes del mercado. Para ello se adoptan las recomendaciones de organismos internacionales como el BM y el FMI, que segmentan los beneficios de la seguridad social y limitan la responsabilidad del Estado hacia aquellos aspectos de medicina preventiva para la población de bajos ingresos, delegando como responsabilidad individual aspectos considerados anteriormente como fundamentales de la seguridad social, tales como los sistemas de pensiones, jubilaciones, integrados dentro del IMSS y que proporcionaban al trabajador y su familia, la certidumbre al término de su vida productiva.

El Instituto Mexicano Del Seguro Social:

El IMSS nace en enero de 1943 como respuesta a la necesidad de dar seguridad social a las familias de la clase trabajadora asalariada, garantizando la atención al derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los ingresos de subsistencia ante invalidez, vejez y cesantía, así como los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, aspecto en el que llegaría a tener un papel preponderante en el campo de la seguridad social nacional. Esta institución nace como conquista revolucionaria.

Nacido en un periodo de crecimiento y estabilidad, el IMSS pudo financiar sin problemas su operación, mostrando gran capacidad para extender poblacionalmente su cobertura; apoyado por un Estado que tendía a equilibrar tanto las necesidades de reproducción del capital como garantizar cierta estabilidad social de la población vía su fortalecimiento y creación de múltiples instituciones de seguridad social. Dentro de éstas, el IMSS, basado en la distribución tripartita de su financiamiento, incluiría dentro de sus prestaciones la garantía a futuro de condiciones mínimas de bienestar a partir de un ingreso por cesantía, vejez e invalidez, mediante jubilaciones y atención médica. Todo ello respondía a un concepto de seguridad social compuesta por un complejo

de sistemas que, bajo la responsabilidad del Estado, influían en la mejoría de la calidad de vida y trabajo de la población asalariada.

UNIDADES MEDICAS Y RECURSOS MATERIALES DEL IMSS

Año	Unidades Médicas						Recursos Materiales			
	Total	Cons. externa	Hospitalización	Especialidad	Consultorios	Laboratorios	Gab. de radiol.	Quirófanos	Salas de Expuls.	Bcos. de sangre
1980	1,206	1,026	154	26	8,720	348	532	659	465	15
1981	1,360	1,176	156	28	9,652	316	552	680	466	19
1982	1,415	1,227	158	30	10,166	342	564	686	466	19
1983	1,425	1,235	160	30	10,194	342	596	697	469	19
1984	1,426	1,235	161	30	10,234	343	596	723	470	19
1985	1,431	1,240	161	30	10,024	345	612	730	472	21
1986	1,472	1,240	202	30	10,413	350	620	723	472	23
1987	1,492	1,242	217	33	10,638	360	631	737	472	24
1988	1,538	1,285	217	36	11,194	376	664	771	477	25
1989	1,565	1,310	217	38	11,431	387	692	833	477	25
1990	1,604	1,345	220	39	11,776	402	712	848	482	26
1991	1,679	1,419	221	39	12,164	410	729	861	483	27
1992	1,717	1,456	222	39	12,829	424	754	891	483	27
1993	1,742	1,480	223	39	12,940	437	780	923	490	27
1994	1,760	1,493	227	40	13,151	442	791	943	494	27
1995	1,765	1,498	227	40						

Fuente: Secretaría de Salud

Para 1995 el IMSS contaba con la anterior infraestructura, la cual muestra su enorme importancia como institución de seguridad social. Contaba además, con 116 Centros de Seguridad Social; 3 Centros de Artesanías, 4 Centros Vacacionales, 2 Centros Culturales, 25 Unidades Deportivas, 38 Teatros Cubiertos, 36 Auditorios al Aire Libre, 16 velatorios, 149 tiendas y 1,439 centros de extensión de conocimientos.

Para 1996 el IMSS da atención aproximadamente a 37 millones de personas. Diariamente acuden 700,000 mexicanos a alguna de sus instalaciones médicas, proporciona 370 000 consultas médicas, realiza 25,670 estudios de radiodiagnóstico; 5,322 ingresos hospitalarios, 3,452 intervenciones quirúrgicas y nacen en sus instalaciones más de 2,000 niños.⁴

En la década de los ochenta, el impacto general de la crisis económica, puso en primer plano las limitaciones de la institución, cuestionándose por ello su estructura y funcionamiento burocrático como institución del Estado, alterando con ello un mecanismo de regulación económica y social cuyas primeras manifestaciones fueron, en particular, el encarecimiento en el costo de los servicios, ya que si bien continuaba con la ampliación de sus coberturas -con el consecuente crecimiento administrativo-, no modificó en forma sustancial la estructura de cotización establecida ni sus mecanismos de funcionamiento administrativo; todo lo cual fue concretándose en la agudización de sus desequilibrios financieros.

De no continuar su reestructuración y modernización en su funcionamiento y métodos de trabajo, a corto plazo podrían verse en riesgo sus fines y eficacia, enfrentado a la contradicción de ver afectados a la baja sus ingresos por factores propios del recesivo comportamiento de la economía como son: tanto la inflación -que simultáneamente eleva el costo de los servicios e incide negativamente en el valor real de las cuotas salariales y patronales-, como las fluctuaciones en el empleo -provocadas por el cierre, modernización y reestructuración de empresas-, factores que antes no habían

⁴ Respecto al número de consultas para este mismo año el IMSS destinó 32 pesos por consulta de primera vez, en tanto que en las instituciones privadas ésta misma variaba entre 40 y 375 pesos, no obstante ello la Fundación Mexicana para la Salud estima que en el 3% de las consultas del IMSS se desperdician 108 millones de pesos que equivalen al 4.1 % de sus recursos totales destinados a este rubro. (Fund. Mex. para la Salud. *Economía y Salud Informe Final*, México 1994, 400 p, p.44).

obstaculizado la ampliación de su cobertura hacia un mayor número de capas sociales afectadas por esta crisis.⁵

De esta manera, se acelera la necesidad objetiva de reestructurar y modernizar el IMSS, proceso que con el abandono del concepto del Estado benefactor se concreta en dos grandes líneas: a) la reestructuración financiera y b) la reestructuración organizativa.

La reestructuración financiera se basa tanto en un nuevo sistema de cotización en el cual aparecen efectos diferenciados por tamaños de empresa y nivel salarial, como en la recomposición del catálogo de seguros, destacando los relativos a retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, que tendrá un efecto directo sobre la población asegurada.

En cuanto a la reestructuración organizativa, ésta se concreta en la necesidad de abatir costos por la vía de la racionalización en el funcionamiento de su estructura a través de su descentralización y desconcentración, para lo cual requiere modificar su estructura administrativa y sus procesos de trabajo como una forma de evitar desperdicios, duplicidades y reprocesos. Esto necesariamente conlleva cambios profundos en la organización y métodos de trabajo que se sustentan en el principio de corresponsabilidad lo que directamente incidirá en la relación de la institución lo mismo hacia sus trabajadores -a través de la aplicación de nuevos métodos de trabajo-, como hacia la estructura económica regional: recomposición de asegurados, derechohabientes, proveedores, etc. Con las medidas de descentralización que se están llevando a cabo, la Dirección Central asume como función primordial el trazo de los lineamientos fundamentales y conserva la coordinación global, en tanto que cada delegación asume la responsabilidad de elaborar su propios planes y proyectos para resolver la problemática de salud de su entorno local y con capacidad para tomar decisiones operativas.

La estructura económica y el IMSS

En el IMSS se refleja el comportamiento cíclico de la economía a través del aumento o disminución de el número de asegurados que repercute en sus

⁵ Entre 1981 y 1991 el índice general de precios al consumidor se incrementó 172 veces, pero los precios de los servicios de salud crecieron 215 veces. (Fund. Mex. para la Salud, *op cit.*, p. 50).

ingresos. A partir de la década de los ochenta, sus problemas financieros se han venido agudizando, dado la cada vez menor capacidad de la planta productiva del país para incrementar la oferta de puestos de trabajo, detener la caída del empleo, así como de otorgar incrementos salariales que restituyan el poder adquisitivo. Esta situación se ha reflejado en el IMSS negativamente ya que aun cuando el número de afiliados permanentes continúa creciendo, aquellos que tienen mayor capacidad contributiva lo hacen a menor ritmo, en tanto aumenta la proporción de aquellos afiliados de bajos ingresos, lo que implica la reducción global del salario de cotización en términos reales: "Se ha producido un rezago importante de los incrementos salariales respecto al incremento de los precios; esta situación ha disminuido la capacidad contributiva de los asegurados ya que cerca del 80% de ellos se encuentra en un rango inferior a 3 salarios mínimos".⁶ Para 1994 el 83.1% de las empresas cotizantes estaba compuesto por micro y pequeñas empresas (de 1 a 10 trabajadores) que en total daban ocupación a 1.6 millones representando el 18.2% de los trabajadores asegurados. En tanto que el 1.9% de las empresas cotizantes -con más de 100 trabajadores- concentraron el 51.2% de los asegurados.⁷

IMSS Número De Empresas Por Trabajador Cotizante.

Año 1994

Rango por número de trabajadores	# de patrones -1-	# de trabajadores -2-	% -1-	% -2-
De 1 a 10	542,187	1,601,211	83.1	18.2
De 11 a 100	97,648	2,688,735	15.0	30.6
De 101 a 500	10,668	2,160,928	1.6	24.6
De 501 a 1,000	1,283	875,010	0.2	9.9
Más de 1,000	623	1,469,928	0.1	16.7

Nota: No incluye al IMSS como patrón, existe una diferencia en cuanto al número de cotizantes y de asegurados.

Fuente: IMSS, Memoria 1995.

⁶ Soto Pérez Carlos Jorge. "El Sistema Mexicano de Pensiones", en CEPAL, *Sistema de pensiones en América Latina. Diagnóstico y Alternativas de Reforma*. Vol. 2 Chile 1992. p. 227.

⁷ Cabe hacer notar que dentro del 15% del total de empresas -que ocupan entre 11 y 100 trabajadores- se encuentran algunas que, por su densidad de capital y grado de tecnificación, debieran ser consideradas entre las grandes.

En lo relativo a los ingresos del IMSS vía cuotas, es incuestionable la relevancia que tiene este 1.9% de grandes empresas cotizantes donde se encuentran 2,184 empresas con inversión extranjera directa en las que laboran 1,214,119 trabajadores que representan el 23% del total de asegurados.

La agudización de la crisis y la respuesta a ésta por parte de las grandes empresas que se reestructuran y modernizan vía nuevas formas de producción, organización y métodos de trabajo, repercute en la problemática que hoy enfrenta la institución, debido a que un porcentaje elevado de los asegurados del IMSS se ubica en un importante grupo de pequeñas y medianas empresas asociadas o dependientes que operan según las necesidades de producción de las grandes. Al disminuir o reestructurar la producción de las grandes empresas que operan en gran medida en función del mercado mundial, multitud de pequeñas y medianas se ven también obligadas a reestructurarse, ajustar métodos de trabajo, cerrar, reducir o ampliar su producción, algunas de cuyas consecuencias son las fluctuaciones en el empleo (donde el desempleo de fuerza de trabajo es uno de los recursos de sobrevivencia), evasión de cuotas y/o subdeclarar el ingreso de su personal ocupado, todo lo cual repercute en la captación de ingresos de la institución. Este conjunto de cambios en la economía repercuten en la Institución cuestionando con ello el concepto solidario de la seguridad social

A la problemática anterior se agrega el peso que sobre la institución tiene el comportamiento del número de asegurados sobre los cuales descansa un número creciente de derechohabientes y pensionados.

Asegurados, Derechohabientes y pensionados del IMSS
(Miles de personas)

Año	Asegurados	Derechohabientes	Pensionados
1970	3,121	9,773	196
1975	4,306	16,338	304
1980	6,369	24,125	487
1985	8,132	31,529	838
1990	10,762	38,575	1,174
1994	11,561	36,478	1,412
1995	10,918	34,323 (1)	1,520 (1)

(1) Datos proporcionados por el Lic. Genaro Borrego Estrada durante la LXXVIII Asamblea General del IMSS, enero 1996.

Fuente: Informes de Gobierno, 1994 y 1995

De acuerdo al cuadro anterior, el número de asegurados del IMSS crece cada vez más lentamente e incluso decae durante 1995: el descenso en la actividad económica se traduce en menores niveles de ocupación en el sector formal y, por consiguiente en ritmos inferiores de crecimiento de los asegurados totales, sobre los cuales descansa un creciente número de derechohabientes y pensionados. El número de derechohabientes que creció de 9.7 millones a 36.4 millones entre 1970 y 1994 se reduce a 34.3 millones durante 1995, en tanto que el número de pensionados continua su crecimiento: de 196 mil en 1970 alcanzaría millón y medio para 1995 a consecuencia del aumento en las expectativas de vida como del incremento de jubilaciones y pensiones forzosas originadas por la crisis; y si en 1970 éstos representaban el 6.28% del total de asegurados, el porcentaje se incrementó a 7.64% en 1980, 10.9% en 1990 y al 13.9% para 1995. Al agudizarse la crisis y acelerarse el desempleo esta carga se hizo más pesada afectando las finanzas del IMSS, en el último año casi 2.5 millones de personas se beneficiaron del mantenimiento de derechos para los trabajadores desempleados y sus familias

Además, la erosión de los salarios generó restricciones financieras en las empresas impidiéndoles aumentar las remuneraciones a un ritmo igual a la inflación, lo que a su vez provoca una disminución en la capacidad contributiva de los asegurados. A precios constantes de 1982, el organismo público obtuvo en ese año 41,000 pesos anuales por asegurado, mientras que en 1991 la suma se redujo a 29,000 pesos.

Esta situación se agudiza por el impacto que tiene la crisis en la población en general y que se refleja en una mayor concurrencia a la institución de asegurados y derechohabientes tanto por la disminución de la calidad de vida como por el elevado costo que significa la atención médica privada.

IMSS: Costo de la Seguridad Social
(Millones de nuevos pesos y porcentajes)

Años	Total de costos \$	Prestaciones en especie (1) %	Prestaciones económicas(2) %	Administración %	Otros (3) %
1970	8.0	62.5	15.0	13.7	8.8
1975	23.0	63.5	18.7	13.5	4.3
1980	81.7	57.9	19.7	16.0	6.4
1985	861.0	49.9	19.3	17.1	13.7
1990	14,940.2	49.5	23.9	18.2	8.4
1994	39,661.0	43.3	27.7	18.5	10.5
1995*	44,661.0	43.6	30.5	17.4	8.6

(1) Incluye asistencia médica, farmacia y laboratorio, hospitalización y otras prestaciones.

(2) Incluye pensiones, subsidios finiquitos e indemnizaciones, ayudas para matrimonio y gastos de funeral

(3) Incluye gastos en provisiones, pérdidas por el sismo de 1985, incobrabilidades, depreciación, intereses actuariales y ajustes de resultados.

a Cifras estimadas.

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social

Simultáneamente, la crisis constituye un factor de gran presión sobre los gastos: el incremento en los costos de la seguridad social reflejan una problemática donde los costos de la atención médica si bien a precios constantes reflejan el impacto de la inflación sobre los gastos por asistencia médica, farmacia laboratorios y hospitalización, éstos representan un porcentaje cada vez menor sobre los costos totales, ya que de representar el 62.5% de los mismos en 1970 se reducen al 43.3% en 1994, en tanto los relativos a la administración, las prestaciones económicas (que implican pensiones, subsidios, finiquitos, indemnizaciones y ayudas diversas) y otros gastos en provisiones que, en conjunto, representaron el 37.5% y el 56.7% para los mismos años. Dentro de estos últimos se ve tanto el peso de la administración como el impacto en las prestaciones en dinero donde las pensiones han tenido que pasar un proceso de revisión a fin de restituir la capacidad adquisitiva de la población que acumuló derechos en su vida productiva. Para 1995 la erogación por concepto de pensiones ascendió a 9,661 millones de pesos.

Las modificaciones en las prestaciones y su monto, así como el manejo de las reservas, utilizadas en gran medida para inversión en infraestructura, fueron colocando al IMSS en una situación de cada vez mayor endeudamiento: sus recursos financieros fueron cada vez más insuficientes para cubrir las necesidades crecientes de los servicios que presta.

Una de las bases para resolver esta situación es la racionalización administrativa que el IMSS lleva a cabo, para disminuir sus costos de administración, a través de una mayor eficiencia y eficacia en su funcionamiento; entre estas medidas se encuentra el proyecto de subrogación a la iniciativa privada del servicio de distribución de medicamentos con el que se piensa ahorrar hasta el 30% del costo que representa la forma actual de distribución vía su infraestructura, para lo cual ha iniciado un programa piloto en 80 farmacias del país. El resultado de este proyecto puede ser la base para, en el futuro, subrogar otras áreas como pueden ser las de guarderías, lavanderías, algunos aspectos de intendencia y otros.

El crecimiento de los costos en prestaciones económicas y que hoy le representan un desequilibrio financiero, se pretende resolver vía la reestructuración financiera consistente en la división de los seguros que presta, trasladando al sector privado -vía las AFORES y SIEFORES-, los que pueden representar una mayor rentabilidad a largo plazo.

La Reestructuración Financiera

a) Sistema de cuotas

Históricamente la contribución al régimen general de cotización en el IMSS ha sido tripartita: 70% el empleador, 25% el trabajador y 5% el Estado. Por largos periodos el sistema de cuotas sufrió pocas modificaciones, representando aproximadamente un 9% del salario, sin alterar su composición. No es sino hasta 1989 cuando se presenta un aumento drástico al incrementarse a 12% con un tope máximo de 10 salarios mínimos, el cual para 1993 alcanzaría el 12.5% del salario con un tope máximo a declarar de 25 salarios mínimos.

Las reformas llevadas a cabo en este sistema aumentaron el monto global de las cuotas obrero patronales hasta alcanzar el 8.3% global en 1995, compuestas de 3% a cobertura del seguro de invalidez y muerte, 1.5% a los servicios de salud de los jubilados, 1% a costos de administración y prestaciones sociales y 2.8% al fondo de retiro. Para este último año la tasa de reemplazo, o sea la proporción que se paga de pensión, respecto al salario era en promedio de 38%. Por su ánimo distributivo de acuerdo al nivel de salarios, éste alcanzaba más del 90% para quienes ganaban entre 1 y 2 salarios mínimos.

En la nueva legislación que entrará en vigor en 1997 se separan las prestaciones en dinero de las prestaciones en especie, se mantiene la estructura tripartita, lo que se modifica es la composición de las cuotas relativas a las prestaciones en especie en la búsqueda de lograr su autosuficiencia.⁸ Por cada asegurado el patrón pagará mensualmente una cuota diaria fija equivalente al 13.9% de un salario mínimo general vigente en el D.F.; el gobierno federal cubrirá una cuota diaria por asegurado equivalente al 13.9% de un salario mínimo general vigente; el trabajador con un salario base de cotización superior a 3 salarios mínimos generales vigentes contribuirá con una cuota que equivale al 2% de lo que gane por encima de los 3 salarios mínimos y el patrón aportará el 6% adicional sobre esa misma cantidad. Lo cual presenta efectos diferenciados por tamaño de empresa y nivel salarial que reflejan cargas fiscales

⁸ Históricamente el seguro de enfermedades y maternidad se ha financiado complementariamente con recursos provenientes de los sistemas de pensiones y de guarderías, lo que limitó tanto la capacidad de mantener el valor real de los ingresos de los jubilados, como ampliar el servicio de guarderías.

preocupantes por su inequitativa distribución, sobre todo porque recaen entre quienes tienen los ingresos más bajos, así como para las pequeñas empresas que juntos forman uno de los sectores más importantes.⁹

En cuanto a las prestaciones médicas, el nuevo sistema reduce las cuotas obrero patronales en un 33% en promedio, lo cual tiende a volver menos costoso contratar personal por parte de las empresas y se supone que ello contribuirá a fomentar el empleo. Para el trabajador el número mínimo de semanas de cotización será de 750 a fin de tener derecho a todas las prestaciones médicas al momento de retirarse.¹⁰ Al mismo tiempo, para un trabajador activo sujeto al desempleo cíclico sólo se le garantiza la atención médica para él y su familia por un período igual a un número mínimo de semanas cotizadas.

Los trabajadores con ingresos menores a 3 salarios mínimos que, como se ha visto, constituye un importante segmento de la población trabajadora, quedaran exentos del pago por concepto de prestaciones médicas, cuyo costo seguramente repercutirá en la calidad de los servicios que presta la institución.

También se establece una política de flexibilización en el pago de las cuotas con el fin de no afectar la planta productiva y el empleo.¹¹

b) Los Seguros

Hasta 1996 el principio de la seguridad social en el IMSS se ha concretado en 5 ramos con los que brinda servicios a los trabajadores en base al régimen de reparto: a) Enfermedades y Maternidad; b) Invalidez y Vida; c) Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez; d) Riesgos de Trabajo y e) Guardería y Prestaciones Sociales. Sistema a través del cual todo trabajador que culminaba con lo que suele llamarse "período activo", tendría la posibilidad de contar con una mínima pensión o jubilación que le permitiera tener una vida digna y decorosa durante el resto de su vida.

⁹ ver Restrepo Zea, Jairo, "Nueva Estructura Financiera en el IMSS", en *Rev. Momento Económico*, núm. 85, mayo junio 1986, pp. 18-23.

¹⁰ Lo que no explica es qué ocurrirá si el trabajador no cumple con este requisito.

¹¹ En este sentido en la primera mitad de 1996 se procedió a cancelar adeudos por 146.6 millones de pesos a 47,793 patrones, suprimiéndose parcial o totalmente los recargos moratorios a 40,273 personas, lo cual ocasionó una leve disminución de los ingresos del IMSS.

Con el nuevo sistema el IMSS conserva los seguros que cubren maternidad, guarderías y accidentes de trabajo o enfermedades no profesionales que impidan al trabajador continuar desempeñando su labor y la protección de sus beneficiarios en caso de fallecimiento o de ser pensionado por invalidez. En tanto que el Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez será manejado por instituciones privadas. Se espera que este sistema garantizará al trabajador, que cumpla con los requisitos que marca la legislación, una pensión al momento de su retiro, a través de un fondo que se integrará en una cuenta individual, con aportaciones del propio trabajador, su patrón y el gobierno.

El fondo que puede acumular el trabajador a lo largo de su vida activa como cotizante del IMSS lo recibirá al momento de retirarse, éste estará condicionado primero por el número de semanas de cotización (1,250 semanas mínimo),¹² tener 60 años por cesantía o 65 por vejez. En este caso, el gobierno garantiza una pensión mínima si el monto de pensión es inferior al mínimo vigente.

De acuerdo a la ley, los trabajadores asegurados y en activo podrán optar por uno de dos sistemas de pensiones: el vigente y el establecido en la nueva legislación. Los nuevos trabajadores quedaran sujetos a esta última.

En esta forma, los seguros sufren un cambio cualitativo ya que pasan a ser de una responsabilidad social a una responsabilidad individual donde cada persona será responsable de la suficiencia de su propio retiro, rompiéndose con ello el concepto solidario de la seguridad social. Hay que agregar que, el concepto llamado ahorro vital presupone que cada individuo tiene clara conciencia de la necesidad de garantizarse una vejez digna, lo cual implica que debe estar al tanto de los cambios en el contexto socioeconómico, como son comportamiento del mercado, tasas de interés y la inflación, además, este esquema omite algunos aspectos fundamentales como son los ciclos económicos y la forma en que éstos pueden afectar al trabajador ya que se presupone, en forma implícita, que todos tendremos empleo y que éste será cuasi-vitalicio para poder recibir la pensión. Lo anterior, en un marco de desempleo creciente y fluctuaciones en el ingreso, vuelve por lo menos incierto el monto de la pensión a recibir.

¹² Esto es, se incrementa de 9.6 años de cotización a 24 años para tener derecho a la pensión.

En este nuevo esquema el Estado si bien por una parte se compromete a otorgar una pequeña aportación adicional para fortalecer la cuenta de cada uno de sus trabajadores, especialmente los de menores ingresos; como una forma de garantizar una pensión mínima como política tendiente a atenuar en cierta medida la crisis en materia de seguridad social, por otra parte este esquema se presenta como uno de los principales ejes de la formación del ahorro interno ya que garantiza al sector privado el manejo de un monto considerable de recursos. Con ello concreta una estrategia que se espera conduzca a la formación de capital, sujeto desde luego, a las leyes del mercado.¹³

Cada trabajador contará con una cuenta individual que podrá abrir en la Afore de su elección; en ella se depositarán las cuotas obrero-patronal-estatal por concepto de seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, así como los rendimientos que genere. Cada Afore operará una sociedad de inversión especializada de fondos para el retiro (SIEFORES) que será responsable de la inversión de los recursos de las cuentas individuales. La comisión nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar), será la responsable de la regulación del nuevo mercado, la cual está integrada en forma tripartita: gobierno, sector patronal y obrero.¹⁴

¹³ Aun cuando se planteó inicialmente que este ahorro forzoso sería canalizado a la inversión productiva, hasta hoy no hay claridad sobre qué estrategia de industrialización se va a seguir dado que no se ha determinado cuáles ramas, sectores y aun empresas serán las bases de una futura industrialización al ser beneficiarias con estos recursos, mucho menos se ha hablado de tasas de recuperación del capital, plazos, etc.

¹⁴ La CONSAR debido a los acuerdos existentes con el EM para estimular el ahorro interno, enviará personal al extranjero para ser entrenado por expertos de este último, el cual otorgará un crédito aproximadamente de 4 millones para supervisar las AFORES y establecer estándares actuariales relativos al retiro en coordinación con el IMSS e ISSSTE.

*Instituciones en proceso de selección para constituir AFORES***Nombre Socios**

Afore Banamex SA de CV Banamex Accival-Aegon
 Afore Bancomer SA de CV Bancomer-AETNA Int. Inc
 Afore Bital Bital- Afp Cuprum de Chile
 Afore Capitaliza SA de CV General Electric Capital Assurance Co.-GE Capital de México
 Afore Genesis de CV Seguros Genesis SA de CV
 Afore Inbursa de CV Banco Inbursa
 Afore Previnter SA de CV Boston AIG Co.- The Bank of Nova Scotia
 Afore Tepeyac SA de CV Seguros Tepeyac SA
 Afore XXI SA de CV IMSS-Aseguradora Hidalgo
 BanCrecer, Dresdner SA de CV BanCrecer-Dresdner Pension
 Confuturo SA de CV Afore Confia-Principal International Inc
 ING Afore SA de CV ING America Insurance Holding Inc.
 Profuturo GNP SA de CV Afore Gpo. Nal Provincial-Provida Int. Banco Bilbao Vizcaya
 Profuturo SA de CV Afore Banca Promex-Banco del Atlántico
 Santander-Mexicano SA de CV Banco Mexicano-Santander Investment SA
 Serfinciti SA de CV Afore Banca Serfin-Citibank México-Habitat Desarrollo Int.
 Sólida Banorte SA de CV Afore Banorte
 Zurich Afore SA de CV Zurich Vida Cía. de Seguros

Datos a noviembre de 1996.

La captación y control de los recursos que el ahorro forzoso de los trabajadores representa, ha generado una aguda competencia entre bancos y aseguradoras nacionales y extranjeras vía alianzas estratégicas. Las Afores serán agentes financieros por acciones y de su capital social el 51% podrá ser adquirido por personas físicas y morales mexicanas en tanto que el 49% será

de libre suscripción incluyendo extranjeros.¹⁵ Ninguna persona moral o física podrá tener el control de más del 10%. Lo anterior ha convertido así el sistema de pensiones en un subsistema financiero supuestamente orientado a la inversión para la creación de empleo, su rentabilidad es incierta por estar sujeta al mercado.

Este proceso significará para el IMSS una disminución muy importante de sus recursos antes integrados y que fueron base para su expansión. Con la segregación de los fondos de cesantía y vejez se reduce el peso del costo de las pensiones y de su administración aun cuando ello pueda implicar la disminución de sus ingresos por estos conceptos, el riesgo que se presenta consiste en la posibilidad de que se vea limitada su expansión y la calidad de la medicina social, además de que puede presentarse la tendencia a su sustitución por la medicina privada mediante seguros médicos.

Si bien las estimaciones sobre el monto de recursos que captaran las Afores van de 24,000 millones de pesos en el primer año hasta representar el 60% del PIB en 35 años, presenta teóricamente la posibilidad de diversificar y aumentar fuentes de ahorro e inversión, maximizar las pensiones individuales y permitir la intervención del trabajador en el manejo de su fondo, los riesgos que ello implica son también importantes ante la imprecisión en su regulación y la posible ineptitud y corrupción en su manejo así como la competencia oligopólica que podría concentrar el control de los recursos en unas cuantas Afores.

El reglamento publicado relativo a las condiciones de operación de las Afores establece un capital mínimo pagado -sin derecho a retiro-, de 25 millones de pesos; un capital mínimo fijo pagado de 4 millones de pesos y una reserva especial que tendrá como mínimo 25 millones de pesos y deberá invertirse en acciones de las Siefiores. Para los primeros 4 años de operación se limita su participación al 16% del mercado de pensiones. Posteriormente las cuotas de mercado estarán en relación al número de cuentas que controlen.¹⁶ Se establece

¹⁶ Respecto a las Afores filiales, en cuyo capital participe mayoritariamente una institución financiera del exterior, deberán ser autorizadas por la Consar con previa opinión de la snep.

¹⁵ En base a los acuerdos internacionales de libre comercio que México ha suscrito, los inversionistas de Chile, Canadá y Estados Unidos, podrán constituir Afores hasta con el 100% del capital.

además la regulación sobre la publicidad, promociones y comisiones que podrán cobrar y requisitos para los agentes promotores, se deja para fecha posterior la evaluación de las carteras de las Siefors y se proyecta que estos recursos sólo podrán canalizarse a papeles emitidos por empresas mexicanas establecidas en el país o en el extranjero. Las sanciones para quienes especulen con los fondos pueden llegar hasta la cancelación de la autorización y penalización de los administradores.

La Reestructuración Administrativa del IMSS

El reconocimiento general de los problemas e insuficiencias en el funcionamiento del IMSS ha sido la base sobre la que se sustenta su reestructuración y reorganización basada en la descentralización así como en el impulso de una nueva cultura del trabajo sustentada en la corresponsabilidad en el funcionamiento de la institución. Su objetivo es alcanzar un desempeño de excelencia traducido en atención de calidez y alto nivel técnico. Por lo mismo, se plantea el respeto a la autonomía del paciente y utilización óptima de los recursos; en consecuencia, debe racionalizar el aprovechamiento de la infraestructura física instalada, desarrollar sistemas de información dinámicos que sirvan a la toma de decisiones, promover la investigación en los problemas básicos de salud, estimular el desarrollo integral de sus recursos humanos orientándolos hacia la formación del trabajo colectivo como una vía por medio de la cual la institución pueda mejorar sus procesos de atención y evaluar la tecnología en salud.

a) La Descentralización

Como institución su descentralización se inserta en un fenómeno que no es privativo de nuestro país. Su reestructuración es similar a la que llevan a cabo las grandes empresas que operaban en forma vertical y que hoy buscan abatir costos, mayor eficiencia y productividad mediante su racionalización.

Dentro del marco de la reestructuración y modernización del Sistema Nacional de Salud, el IMSS avanza en un proceso de reestructuración que ha venido desarrollando desde 1989, en el que la concepción dominante es una estructura de redes controlada desde las oficinas centrales quien marca los

criterios rectores de calidad y eficiencia que cada delegación debe cumplir dentro de un cierto grado de autonomía operativa.

De acuerdo al *Plan Nacional de Desarrollo* 1989-1994 se establece que la empresa pública debe sujetarse a un profundo proceso de modernización estructural y centrarse en los ámbitos estratégicos prioritarios de la economía para desempeñar con eficacia sus funciones. En base a esa directriz en el IMSS se desarrolla una estrategia con las siguientes vertientes: 1) desarrollo de una política de servicios y procesos para centrar las tareas en lo sustantivo. No crecer en actividades periféricas y desincorporar las que le resulten onerosas. 2) actualización y adecuación de sus aspectos jurídicos y normativos, 3) Adecuación de la estructura orgánica con los consecuentes efectos en la administración de recursos humanos; dado su gigantismo orgánico se orientaría a la compactación de la estructura en dos direcciones: I) en sentido vertical: suprimir niveles jerárquicos y redefinición de plantillas con propósitos de su desburocratización y flexibilización, y II) compactación horizontal en búsqueda de un equilibrio entre las funciones adjetivas y las sustantivas. (En ese periodo se eliminaron 50 niveles jerárquicos entre el segundo y quinto nivel). 4) Autonomía de gestión para robustecer la capacidad resolutive de las delegaciones, subdelegaciones y unidades operativas. 5) Simplificación administrativa para identificar y eliminar cuellos de botella en el desarrollo de tareas relativas al usuario. 6) Establecer líneas de modernización de técnicas y procesos productivos a partir de los modelos operativos en prestaciones médicas, sociales y en dinero y 7) llevar a cabo una línea de concertación interna y externa con trabajadores, usuarios y proveedores, siguiendo el enfoque de la planeación estratégica.¹⁷

A partir de 1995 lo anterior se expresa en la desconcentración y descentralización de la institución: conserva su Dirección integrada en forma tripartita, compuesta por la representación estatal, empresarial y sindical pero se descentraliza en 7 direcciones regionales, con sus respectivos consejos consultivos, que tendrán a su cargo las 36 delegaciones, lo que permitirá afrontar los problemas del centralismo administrativo.

Consolida su dirección central a nivel eminentemente normativo donde la responsabilidad fundamental es la definición de la estrategia de expansión

¹⁷ Morales Portas, Arturo, "Estructura Administrativa de la Seguridad Social", en *La Seguridad Social y el Estado Moderno*, FCE, 1992, p. 503.

y servicios que el IMSS otorga a la población. Vía su Consejo Técnico, se lleva a cabo una reestructuración a nivel administrativo a partir tanto de la nueva conformación del desarrollo regional del país, como de la necesidad real de racionalizar y optimizar el funcionamiento de la institución. Históricamente, las decisiones para otorgar los servicios de la institución a nivel regional se tomaban centralizadamente dando como resultado una estructura compleja, pesada y desigual, basada en subdirecciones operativas, jefaturas, delegaciones, centros regionales, etc.

Hoy, ante la crisis que vive el país y el cambio en la política social del Estado, el gigantismo alcanzado por la institución se ha convertido en un obstáculo para su eficiencia -pesada burocracia y baja eficiencia relativa en servicios con altos costos-. Para superarlo, se cuestiona su estructura vertical. En consecuencia, la institución adopta una estrategia de descentralización y desconcentración regional de servicios, aun cuando con ello puedan sacrificarse algunos aspectos de la seguridad social.

La directriz fundamental es dar prioridad a la medicina preventiva y de primer nivel, teniendo como eje los hospitales de tercer nivel; también está presente la descentralización en las decisiones operativas con las que se pretende actualizar y resolver problemáticas fundamentales como: a) en el ámbito regional, conocer los cambios en la composición y estructura ocupacional y la problemática de salud que ello conlleva a fin de readecuar sus recursos para resolver las necesidades de la población. b) internamente, se busca racionalizar los problemas que presentan el desabasto y/o exceso de inventarios, desperdicio de recursos, reprocesos y burocratización, subutilización ó escasez de capacidad médica instalada en infraestructura y personal, la contabilidad de costos, administración de personal, vigencia de derechos y cobranza.

En forma explícita, los cambios fundamentales se dan en el papel de la dirección central cuya función ahora es básicamente de planeación apoyada en 6 direcciones normativas que sustituyen a las subdirecciones generales y que son: prestaciones médicas, prestaciones económicas y sociales, afiliación y cobranzas, finanzas y sistemas, administrativa y jurídica, delegándose las decisiones operativas en las 7 nuevas direcciones regionales. Esta redistribución de funciones lleva implícita la reasignación de sus trabajadores, servicios, infraestructura, derechohabientes, cambios de adscripción y es muy probable

que obligue a una subsecuente recomposición de su organismo social representativo de los trabajadores que podría verse subdividido en 7 regiones. A mediano plazo también influirá en los sistemas regionales de educación y la muy probable redistribución de sus proveedores en diversos campos de insumos.

La importancia que esta medida tiene a nivel regional es difícil de cuantificar ya que al tener las delegaciones capacidad para tomar decisiones operativas en cuanto a planes, proyectos y programas influirán en la estructura y composición de los servicios médicos según las características y necesidades de la población asegurada localmente. Además, en la medida en que se fracture el sistema centralizado de proveedores por la nueva política de abastecimiento

**IMSS: Direcciones Regionales, Unidades Médicas y
Número de Asegurados**
-Año 1994-

Direcciones Regionales	Unidades Médicas por Nivel de Atención				Número de Asegurados
	Total	1er	2°	3°	
Total	1,765	1,498	227	40	11,561,004
Sur Siglo XXI	200	166	25	9	1,831,457
Norte, La Raza	221	184	26	11	2,138,712
Norte	396	341	48	7	2,614,652
Occidente	357	306	44	7	1,931,713
Noroeste	211	176	34	1	1,142,523
Sur	292	257	32	3	1,399,139
Oriente	88	68	20	2	335,088

Fuente: IMSS, 1988, 1994, Visión del Cambio en la Seguridad Social y Memoria 1995.

de insumos se dará un efecto multiplicador al promoverse el desarrollo regional vía proveedores locales.¹⁸

Esto implicará que cada delegación defina el tipo de insumos estableciendo con los proveedores una relación basada en parámetros de calidad, volumen y tiempo de entrega, incluso apoyándolos con créditos y asesorías. Al ajustarse a las necesidades de la institución los proveedores locales tendrán la posibilidad garantizarse un mercado estable y generar empleos.

Las 7 nuevas direcciones regionales son las siguientes: 1) Distrito Federal Sur Siglo XXI que abarca delegaciones 3 y 4 del Distrito Federal y los estados de Guerrero, Morelos y Chiapas. 2) Distrito Federal Norte La Raza: abarca delegaciones 1 y 2 del D.F. y los estados de México e Hidalgo. 3) Regional Norte con sede en Monterrey, incluye, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas, Coahuila, Chihuahua, Durango y Zacatecas. 4) Regional Occidente con sede en Guadalajara: incluye Jalisco, Colima, Michoacán, Nayarit, Guanajuato y Aguascalientes. 5) Regional Noroeste, con sede en Hermosillo: incluye Sonora, Baja California norte y sur; y Sinaloa. 6) Regional Sur, con sede en Puebla: incluye el estado de Puebla, Oaxaca, Tlaxcala, Veracruz y Tabasco y 7) Regional Oriente, con sede en Mérida, incluye Yucatán, Campeche y Quintana Roo.

La ubicación de las unidades de atención del 2o. y sobre todo del 3er nivel van a responder así al desarrollo económico de las regiones, principalmente hacia los llamados polos de desarrollo, donde se encuentran las empresas más importantes del país, alrededor de las cuales se encuentran una multitud de pequeñas y medianas empresas. En este proceso se subdivide al Distrito Federal en dos regiones en lugar de las 4 anteriores y además se les agregan zonas menos protegidas como son los casos de Chiapas e Hidalgo. En su conjunto, las dos regiones del Distrito Federal concentran el 34.34% de los asegurados, el 50% de las unidades de alta especialización y el 22.5% de las unidades de 2o nivel.

¹⁸ De acuerdo al coordinador del Consejo de Cámaras Industriales del Estado de Jalisco, "La descentralización de operaciones del Seguro Social en Jalisco permitirá demostrar la eficiencia de la delegación estatal de la institución y erradicar el desabasto de medicamentos, así como el rezago prevaleciente en materia de atención médica; se propiciará el desarrollo regional de las empresas al convertirse en las principales proveedoras de los insumos requeridos por el IMSS.", *Excelsior*, 15 de febrero de 1996.

En las regiones norte y occidente, por su importancia económica y concentrar el 40% de asegurados se redistribuyen el 35% de las unidades médicas de 3er nivel y el 40.5% de las de 2o. Con esta reasignación la institución pretende racionalizar su funcionamiento, abatir costos en el servicio, así como disminuir la burocratización. Por ejemplo, en el estado de Coahuila, que cuenta con hospitales de 2o. y 3er nivel construidos en la época de auge del carbón y del acero, hoy el cierre de empresas y el desempleo obliga a la institución a reasignarlos para dar servicio a toda una región del norte. En tanto que, con la reestructuración del Sistema de Salud, las unidades correspondientes al IMSS-COPLAMAR e IMSS Solidaridad, que se concentraban en regiones caracterizadas por población de bajos ingresos y empleos no formales pasaran a la Secretaría de Salud.

b) Los Trabajadores

En la búsqueda de equidad, eficiencia y calidad y alcanzar los mayores niveles de salud y satisfacción de los derechohabientes, el IMSS -con las particularidades que le son propias por ser una institución de servicio social-, se encuentra en el proceso de aplicar las concepciones de la nueva organización del trabajo flexible, lo que implica la ruptura con la concepción tradicional de organización y métodos de trabajo.

La nueva cultura del trabajo corresponde a los cambios que se operan en la administración y busca aumentar la productividad y la eficiencia en base a conceptos de corresponsabilidad en el funcionamiento de la institución, independientemente del nivel jerárquico que se tenga, ello implica el concepto de calidad, que para el caso del IMSS significaría el logro de los mayores beneficios y menores riesgos y desperdicios en la prestación de sus servicios. Todo ello sujeto a un proceso continuo de mejoramiento ya que la calidad comprende la estructura de la institución, el proceso y los resultados de la atención. En consecuencia el análisis aspira a la mejor utilización de sus recursos.¹⁹

¹⁹ Ver IMSS *Diagnóstico*, marzo 1995.

A n t e s	H o y
Organización tradicional	Organización flexible
<ul style="list-style-type: none"> -Fragmentación del proceso de trabajo -División bien definida de puestos -Estructura jerárquica vertical por mandos -Funciones y tareas precisas por puesto -Reglamentos precisos del Trabajo (CCT) - Supervisión estrecha -Salario en función del puesto y antigüedad Capacitación específica en función al puesto 	<ul style="list-style-type: none"> -Conocimiento más amplio del trabajo (corresponsabilidad en el mismo) - Organización en equipos - Estructura Horizontal: Relación Dirección / Trabajadores -Asignación flexible de tareas -Compactación de puestos y cláusulas en el CCT y reglamentación flexible. -Cultura organizacional centrada en el mejoramiento continuo del desempeño: <ul style="list-style-type: none"> Control integral de procesos: Eficiencia técnica y calidad en la prestación de Servicios control estadístico de resultados - Incentivos a la remuneración en forma proporcional al desempeño. -Capacitación continua e integral sobre el proceso de trabajo

Metodológicamente se tiende hacia la organización del trabajo colectivo, se delegan decisiones operativas en los trabajadores, se fomenta la flexibilidad laboral y se implantan programas de capacitación continua. Al mismo tiempo se promueve entre los trabajadores las aportaciones para el mejoramiento de los procesos de trabajo y la valoración de los resultados del mismo.

Desde su nacimiento, como instrumento de regulación de las relaciones sociales, el IMSS correspondió a una fase del desarrollo económico y social de nuestro país caracterizada por una organización de la producción y una composición del capital y del trabajo sustentados en una cultura laboral cuya regulación se llevaba a cabo bajo el concepto de Estado benefactor, basada en una división precisa del trabajo con mando vertical y jerarquización estricta de funciones, regidas por reglas fijas y predeterminadas que permitían una

supervisión y control estrechos. Esto volvía impersonal la relación del trabajador con su trabajo, cuyo ingreso y ascensos se condicionaban por las características del puesto, escalafón y antigüedad en la institución.

Esta forma rígida de organización del trabajo, que corresponde a una fase anterior de desarrollo, hoy es aceptada y forma parte de la cultura social como un valor dado. Las condiciones anteriores permitieron que los trabajadores, vía sus organismos sociales, influyeran en la orientación de la política social del Estado organizados de acuerdo a la estructura de la institución y con métodos de trabajo propios de esta concepción, situación que actualmente enfrenta los profundos cambios que -sin ser privativos del IMSS- está sufriendo el proceso del trabajo en forma general, lo que convierte cada vez más a los métodos de trabajo anteriores en un obstáculo para la racionalización que se pretende llevar a cabo.

Los métodos de racionalización que se aplican en la búsqueda de la eficiencia y reducción de costos en los servicios que presta, corresponden a la nueva organización de la producción y del trabajo lo cual influye seriamente en la relación con sus trabajadores que continúan, en buena medida, sustentando la defensa de sus intereses a partir de una concepción taylorista fordista. En la nueva relación están presentes cambios en la composición y organización de los trabajadores de acuerdo a las modificaciones en el proceso de trabajo administrativo y los servicios médicos.

Para 1960 la fuerza de trabajo del IMSS representó entre el 2.18% de la fuerza total de trabajo cotizante al mismo, incrementándose para 1994 al 2.94%.

Evolución de trabajadores del IMSS y número de asegurados

Años	Trabajadores del IMSS	Número de Asegurados	1/2 (%)
1960	26,174	1,201,000	2.18
1965	50,880	2,210,000	2.30
1970	65,063	3,121,000	2.08
1975	110,758	4,306,000	2.57
1980	194,332	6,369,000	3.05
1985	265,150	8,132,189	3.26
1990	324,700	10,764,012	3.01
1994	341,684	11,609,792	2.94

Fuente: IMSS, Diagnóstico 1995.

Los Recursos Humanos del IMSS

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
I.- Serv. Médicos	173,417	171,574	181,678	192,403	195,195	196,272	200,510
Personal Médico	42,331	36,946	39,772	43,271	43,827	44,111	45,054
Médicos	35,054	28,268	30,031	32,808	33,201	35,030	35,557
Residentes	5,205	6,324	7,030	6,772	6,376	5,672	4,891
Becarios	2,072	2,354	2,711	3,691	4,250	3,409	4,606
Enfermeras	59,601	61,087	63,189	66,342	67,490	69,223	70,830
Paramédicos	19,405	19,141	20,531	20,984	21,378	21,596	22,067
Auxiliar de Diagnóstico	10,287	10,927	11,589	12,690	12,973	12,963	12,963
Personal no médico ⁽¹⁾	41,793	43,473	46,597	49,116	49,527	48,379	49,426
II.- Serv. Administrativos⁽²⁾	85,166	95,910	99,963	104,218	103,550	105,748	101,133
III.- Sustitutos	34,228	39,195	43,059	36,709	35,654	37,284	40,041
TOTAL DE PERSONAL	292,811	306,679	324,700	333,330	334,399	339,304	341,684

(1) Servicios básicos

(2) incluye: Administrativos, transportes, guarderías, centros de Seguridad Social y de Vacaciones

Fuente: Sria. de Salud (Informe de Gobierno 1994), IMSS Visión del Cambio en la Seg. Soc. 1988-1994

En el cuadro anterior se puede apreciar que para 1994 el número de trabajadores del IMSS sumaban 341,684, correspondiendo el 30% al área administrativa, el 59% a servicios médicos y 11% de personal sustituto. El número de médicos permanece casi constante durante el período 1988-1994, notándose un incremento importante en el número de enfermeras y paramédicos lo que refleja la tendencia a impulsar la formación de personal medio para la atención del primer nivel, al mismo tiempo que reducir costos

Comportamiento de la Fuerza de Trabajo Del IMSS

Tipo de contratación	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Base	207,337	213,019	220,931	231,733	237,027	241,958	242,285
Confianza	40,162	41,736	46,164	49,520	47,466	46,587	46,106
Temporal	3,807	4,051	4,805	4,905	3,626	4,394	3,755
Becados	2,072	2,354	2,711	3,691	4,250	3,409	4,606
Sustitutos	34,228	39,195	43,059	36,709	35,654	37,284	40,041
Residentes	5,205	6,324	7,030	6,772	6,376	5,672	4,891
Total	292,811	306,679	324,700	333,330	334,399	339,304	341,684

Fuente: IMSS: Visión del Cambio en la Seguridad Social 1988-1994

En el mismo sentido, podemos observar también un comportamiento fluctuante en los residentes y un ascenso en el número de becarios los que representan una fuerza de trabajo especializada transitoria, que tiene responsabilidades importantes en la prestación de servicios médicos y en el funcionamiento de las unidades médicas sin que por ello el IMSS adquiriera la obligación de otorgarles trabajo en forma definitiva. En esta misma dirección

es posible que el considerable número de trabajadores sustitutos se integre por médicos generales y especializados que laboran temporalmente según las necesidades de la institución, sin que tampoco éstos representen un compromiso para la misma. Estos últimos crecieron durante este periodo a un ritmo fluctuante, de 34,228 a 40,041 trabajadores respectivamente.

Es importante destacar durante el mismo periodo el incremento de 34,948 plazas de trabajo de categoría de base y una disminución a partir de 1992, de trabajadores de confianza. En este último año se puso en marcha el programa de reducción de personal de confianza, cancelándose 1,340 plazas en las oficinas centrales (1,059 aceptaron su liquidación y 281 solicitaron su jubilación) y 1,230 más en diversas delegaciones.

Dado la apreciación sobre la inadecuada calidad caracterizada por un elevado ausentismo y rotación de los médicos, bajos salarios y motivación, cargas de trabajo, deficientes incentivos, congelación de plazas y la existencia de prestaciones sindicales incongruentes con las necesidades técnicas y deficiente capacitación, se han planteado cambios basados en la nueva cultura laboral y que toman forma en las modificaciones al esquema de ingreso de los trabajadores -en especial de servicios médicos-.

En este caso existen diversos planteamientos en el sentido de adecuar la percepción *per capita* la cual estaría compuesta tanto por el salario básico que garantice un nivel mínimo de ingreso como por el conjunto de bonos e incentivos condicionados a la demanda que se tenga de sus servicios: remuneración en función al desempeño. Ello presupone la capacidad individual de elección por parte de los usuarios del servicio médico (la "preferencia del consumidor"). A manera de ejemplo, la Fundación Mexicana para la Salud propone para los médicos de primer nivel el que perciban una cuota por paciente atendido, en tanto que para el médico especialista la cuota se definiría a partir de cada caso asignado por medio de una política de incentivos.

Sin duda en los anteriores planteamientos estarán presentes criterios con una fuerte carga subjetiva que puede conducir a la saturación de trabajo de ciertos médicos.

Otro elemento que entra dentro de la eficiencia será el establecimiento de presupuestos fijos al médico en la atención del paciente, lo cual lo obligará a tratar de satisfacer al usuario al menor costo de atención.

Para los hospitales existen propuestas en el sentido de establecer el presupuesto basado en el número esperado de casos (implica el conocimiento de la estructura socioeconómica regional) y, de acuerdo a ello, los servicios médicos y hospitalarios demandados.

Reflexiones

La modernización del IMSS no puede ser vista al margen del contexto social del país y por lo mismo, debe tomar en cuenta las condiciones de los actores sociales que forman su base de sustentación como son empresarios y trabajadores asegurados, derechohabientes y sus propios trabajadores, a partir de que su estructura, organización del trabajo y otorgamiento de sus servicios se sustenta en el desarrollo del país.

La reestructuración y modernización que se está llevando a cabo en los planos financiero y administrativo no puede ser calificada de buena o mala *per se*, ya que su inserción en el contexto social dependerá de la capacidad que tengan estas distintas fuerzas sociales para influir y vigilar su funcionamiento. Es necesario para todos tomar conciencia que el IMSS es una conquista específica que da cuerpo a una demanda social que se puede perder si se le continúa viendo como un organismo independiente de la dinámica social por lo que, de no actuar para exigir la permanencia de esta conquista social, lo cual puede repercutir en los más diversos planos de la atención médica, pensiones y jubilaciones.

a) Respecto a las Afores y Siefores se requerirá de una vigilancia real -por parte de los organismos sociales de los trabajadores- sobre su comportamiento que evite, en lo posible, fenómenos de corrupción y de especulación en el manejo del ahorro social forzoso.

b) En el plano de los usuarios del sistema del IMSS -tanto patrones, asegurados y derechohabientes-, para exigir una mejor atención del servicio y éste continúe siendo un ingreso social no monetario, será indispensable el pago oportuno y real de las cuotas lo mismo que utilizar los servicios de la institución en una forma más racional.

c) Los trabajadores del IMSS deben ser concientes del profundo significado que tiene la aplicación de la racionalidad con que debe operar la institución para elevar su productividad, ser más eficiente, abatir costos y la

cultura del trabajo con que ésto se lleva a cabo. El que ahora se vaya a trasladar lo que antes era una responsabilidad institucional en su funcionamiento, ahora se traslada en parte como una responsabilidad individual de los trabajadores lo cual plantea una contradicción entre éstos y la institución al establecerse nuevas formas de relación y de trabajo. Esto significa implícitamente la introducción de la competencia y el exacerbamiento del individualismo, aun cuando se pretenda atenuarla mediante la integración de equipos de trabajo interdisciplinarios y la capacitación constante.

En su conjunto, estas propuestas cuestionan la concepción tradicional de la organización del trabajo que ha sido la base sobre la que se ha establecido la relación con sus trabajadores vía su organismo social que representa al trabajador colectivo. Relación que se encuentra regulada por el contrato colectivo de trabajo, hoy inevitablemente cuestionado.

Las reformas al financiamiento de la salud en México

Erik Bloom¹

Jairo Restrepo Zea²

Introducción

Este trabajo constituye una exploración acerca de los asuntos relacionados con el financiamiento de la salud en México, haciendo un gran énfasis sobre la caracterización del problema y la discusión de los elementos centrales de reforma. Para su realización se siguieron los tópicos desarrollados por la Economía de la Salud y las Finanzas Públicas, en especial lo relativo a los modelos de financiamiento; igualmente, se dio especial consideración a la experiencia internacional, procurando ofrecer algunas enseñanzas y puntos críticos para orientar la reforma.

La primera parte del trabajo ofrece un esquema de análisis económico para ser aplicado al caso de la salud. Siguiendo algunas reflexiones convencionales sobre el asunto el análisis se centra en dos aspectos esenciales: de un lado, la caracterización económica de la salud en la cual se distinguen un mercado de servicios y un mercado de seguros y ambos son vistos fundamentalmente en términos de sus problemas y, por tanto, de la justificación para la intervención del Estado, sin desconocer que ésta también puede presentar problemas. Y de otro lado, cuatro modelos puros sobre el

¹ Doctor en Economía, Universidad de Yale, Estados Unidos. Investigador, Fedesarrollo, Santafé de Bogotá, Colombia.

² Maestro en Gobierno y Asuntos Públicos, FLACSO, México. Jefe del Departamento de Economía, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, e Investigador Asociado IIc, UNAM, México. Este coautor agradece la hospitalidad y el espacio de discusión y apoyo ofrecidos por el IIc, y reconoce como propias las debilidades presentes en este trabajo.

financiamiento y la provisión de los servicios de salud son revisados tomando como criterios básicos los agentes involucrados, las fuentes de financiamiento, las formas de pago y los planes de beneficios.

En la segunda parte se presentan los elementos de diagnóstico sobre el tema abordado para el caso mexicano. En un intento por estructurar el problema concerniente a una política pública, se desarrolla un planteamiento general acerca de la insuficiencia de recursos y de su aprovechamiento desigual e ineficiente, y posteriormente se presentan aspectos más concretos relativos a los modelos de financiamiento dominantes en el país, particularmente lo sucedido en el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, la Secretaría de Salud, SSA, y los servicios de salud privados.

La tercera y última parte está dedicada a las opciones de reforma y para ello se consideró el contexto internacional, específicamente las tendencias practicadas en los países más desarrollados y en dos países latinoamericanos (Colombia y Chile) en los cuales se han adelantado reformas importantes. Adicionalmente, se realizó una revisión crítica sobre la reforma adoptada para el IMSS, y las propuestas de reforma más sobresalientes a nivel nacional: IMSS, SSA y Fundación Mexicana para la Salud, FUNSALUD.

1. Tópicos teóricos acerca del financiamiento de la salud

En el estudio de la relación salud-economía se distinguen dos dimensiones: de una parte la salud es vista como un componente del bienestar o del desarrollo humano, y en tal sentido en su determinación intervienen una multiplicidad de factores como el medio ambiente, el nivel de ingresos, la alimentación y los servicios médicos. En este caso la relación entre economía y salud toma expresiones concretas en el aporte del mejoramiento del estado de salud de las personas al aumento de la productividad del trabajo, al ahorro de recursos y al aumento en la esperanza de vida; en suma, la salud es vista como una inversión.³

³ Selma Mushkin (1992) desarrolló esta visión en el contexto de las discusiones relativas a la teoría del capital humano y llamando la atención por el énfasis dado a la educación y la falta de análisis de los temas relativos a salud.

De otra parte, la salud es tratada como un sector productivo representado por la suma de recursos que la sociedad invierte en la promoción, el mejoramiento y la recuperación de la salud. En este caso se habla comúnmente de la atención de la salud y el concepto se materializa en indicadores como el porcentaje del producto interno bruto dedicado al sector, el número de médicos disponibles, las consultas médicas efectuadas durante un periodo. Esta visión está referida al mercado de prestaciones médicas o de los servicios de salud, y en tal sentido se justifica su análisis basado en los conceptos y las herramientas propios de la ciencia económica.

1.1 Caracterización económica de la salud

Al tomar en cuenta el conjunto de actividades que se realizan y comercializan dentro del sector salud es importante considerar el modelo microeconómico convencional que le asigna unas características esenciales a las mercancías (bienes y servicios) y al ambiente en el que ellas se producen e intercambian (mercado). La atención de la salud reúne en general una serie de imperfecciones que la distinguen de los bienes típicos que están presentes en una economía de mercado⁴ y de esta forma es posible extraer unos principios normativos acerca del manejo del sector con el propósito de alcanzar los objetivos de equidad y eficiencia a través de la acción pública en la producción, la provisión y la regulación.⁵

1.1.1 Mercado de servicios

En uno de los trabajos pioneros sobre Economía de la Salud se advertía que la industria de servicios médicos no se ajustaba al modelo competitivo debido a

⁴ La economía de mercado o de competencia perfecta de la cual se ocupa la teoría económica se sustenta sobre los siguientes postulados generales: la existencia de un gran número de compradores y productores con un objetivo que intentan maximizar; la apropiación de todas las cosas y la definición clara de los derechos de propiedad; la presencia de productos homogéneos; la inexistencia de barreras a la entrada; y la información perfecta.

⁵ Los mercados de salud vienen siendo estudiados diferenciando tres segmentos y considerando que su dinámica está determinada por la relación médico-paciente, la cual se resuelve en una demanda inducida por parte del médico. Estos segmentos son: prestaciones médicas, medicamentos y hospitales.

tres factores fundamentales: la inexistencia del equilibrio competitivo, la presencia de bienes realmente no comerciables y la existencia de rendimientos decrecientes. El punto central presentado por Arrow estaba caracterizado por la prevalencia de incertidumbre, y basado en la caracterización atribuida al mercado de prestaciones médicas formuló dos afirmaciones importantes: primero, la existencia de incertidumbre con respecto a la incidencia de las enfermedades y a la eficacia de su tratamiento distinguen a la atención de la salud de los bienes y servicios normalmente comerciables en el mercado, por lo que la demanda está determinada por acontecimientos irregulares e impredecibles; y segundo, se requiere de mecanismos diferentes al mercado para realizar los ajustes que permitan alcanzar la eficiencia, por lo que “para acercarse a un estado óptimo será necesario recurrir a cualquier mecanismo de acción colectiva vía impuesto o coerción pura y simple” (Arrow, 1963).

En forma más concreta, la atención de la salud está caracterizada por los siguientes elementos que son estudiados a partir de la teoría económica sobre las fallas del mercado y el papel del sector público (Stiglitz, 1992):

- **Competencia limitada.** Los servicios de salud no son ofrecidos en un ambiente competitivo en sentido estricto ya que por una parte se presentan restricciones desde el lado de la oferta para ingresar a las profesiones médicas tanto a su estudio como a su ejercicio, y, de la otra, algunas actividades que demandan unos costos elevados (tratamientos renales, por ejemplo) exigen una escala de producción considerablemente amplia, por lo que se justifican los monopolios o en todo caso las limitaciones de la competencia.
- **Bienes públicos.** Por oposición a los bienes privados, los bienes públicos son entendidos en términos de Musgrave (1992) como aquellos sobre los cuales es imposible aplicar la exclusión vía precio, el consumo es indivisible, se obtienen beneficios externos al consumidor y no es posible que éste revele sus preferencias a través del precio. Las acciones del Estado en relación con el saneamiento ambiental y la salud pública (información sobre enfermedades infecciosas, investigación científica, fumigaciones y control del medio ambiente) son consideradas como bienes públicos y le corresponde entonces a éste garantizar su provisión ya que no hay agentes privados interesados en pagar por ellos.

- **Externalidades.** Otro tipo de acciones e intervenciones médicas son realizadas sobre los individuos pero se producen efectos sobre los demás; se presenta así una diferencia entre los beneficios individuales y los beneficios sociales de tal manera que se requieren incentivos (subsidios) para facilitar una asignación eficiente: vacunaciones, planificación familiar, control de enfermedades de transmisión sexual, detección precoz del sida, malaria y lepra. Del mismo modo, es necesario penalizar las actividades de producción y consumo que generen efectos negativos sobre los demás y que demandan recursos del sector salud para su atención, como son los casos relativos al consumo de tabaco y alcohol y a los accidentes de tránsito.
- **Fallas de información.** Otro problema importante referido a la atención de la salud se refiere a la existencia de la asimetría de información (el médico posee más información que, y éste en muchos casos hace lo que el otro dice) y el desconocimiento del consumidor acerca de los eventos que sucederán con su salud, su tratamiento, costo, etc. Este problema conduce al fenómeno de la demanda inducida por la oferta y es causa significativa de una producción innecesaria de servicios.
- **Desigualdad.** Aunque el mercado pueda alcanzar la eficiencia en algunos sectores, sus resultados en ocasiones son bastante inequitativos. En el caso de la salud se presentan diferencias en el estado de la salud entre grupos de población, en la ubicación geográfica de los recursos del sector y en el acceso a los servicios (Vieira, 1994).
- **Bien meritorio o preferente.** Otro asunto interesante acerca de la atención de la salud se refiere a la consideración por parte de la sociedad (su cuerpo político) de la salud como un bien que debe ser suministrado y adquirido de manera preferencial, sin excusa sobre capacidad de pago o disposición a pagar. La salud, al menos en un nivel básico y de manera teórica, es prestada en forma gratuita y se asigna una responsabilidad al individuo y a los grupos sociales en relación con su provisión y consumo.

1.1.2 El seguro de salud

Como una respuesta a la incertidumbre que se presenta con respecto a la demanda de la atención de la salud, la creación del seguro retira los riesgos del consumidor y los coloca en manos de una compañía aseguradora o en

general de un intermediario que recauda los recursos necesarios para financiar la atención de la salud y prestar directamente los servicios o contratarlos con otras instituciones. La seguridad social ha sido el mecanismo público creado para desarrollar esta labor, pero también el mercado ha generado su propia oferta de seguros y de planes de medicina prepagada.

El seguro también presenta problemas sobre los cuales es necesario delinear la acción del Estado. En primer lugar, la selección adversa vista desde el lado de la oferta consiste en las prácticas de exclusión que pueden adelantar las compañías privadas de seguros en relación con individuos de riesgo alto y procurando su rentabilidad mediante la agrupación de individuos de riesgo bajo.⁶ En segundo lugar, el problema del riesgo moral se refiere a la inexistencia de incentivos para contener el gasto y los costos de la atención de la salud, ya que al desaparecer la relación oferta-demanda en la atención de la salud debido a la existencia del seguro (costo de atención cero para el usuario), los agentes involucrados no se interesan por racionalizar el uso de los recursos y más bien se presenta un sobreconsumo en el que se encuentran involucrados los consumidores por un lado y los médicos y los hospitales por el otro. Y en tercer lugar, la competencia entre compañías de seguros puede llevar, dependiendo de su tamaño, a elevar los costos debido al esfuerzo realizado en publicidad y en general a administrar el sistema de seguros. Como lo sugiere Stiglitz, la competencia en seguros tiene unos costes de transacción que imponen una pérdida de eficiencia importante y entonces la producción pública resulta más conveniente (Stiglitz, 1992).

1.2 Modelos de financiamiento y provisión de los servicios de salud

El financiamiento y la provisión de la atención de la salud puede realizarse siguiendo cuatro modelos puros que tienen en cuenta los agentes relacionados en torno a la producción, la distribución y el consumo de los servicios; las fuentes de financiamiento; las formas de pago y los planes de beneficios. En

⁶ Un asunto interesante en el estudio de la selección adversa por el lado de la demanda se refiere a la permanencia de los individuos de mayor riesgo, mientras los de menor riesgo se retiran a medida que aumentan las primas y finalmente el seguro desaparece en lo que se denomina el dilema de *Slumlord* (Friedman, 1984)

forma práctica, se trata de organizar la prestación de servicios a partir de ciertos interrogantes básicos como los siguientes: a quién se le presta la atención, quién la paga, quién la presta, cómo se le paga, qué servicios se prestan.

1.2.1 Modelo I: Mercado de servicios de salud

Los participantes centrales en este modelo son el médico y el paciente. Este compra servicios al otro y por lo tanto la fuente financiera está constituida por el ingreso personal disponible y el sistema de pago predominante es el precio por atención prestada. Por otra parte, los beneficios obtenidos se refieren a la atención de la salud de acuerdo con la libre elección realizada por parte del consumidor.

Las ventajas de este modelo, característico de la India y muchos otros países de ingreso bajo, consisten en la generación de incentivos para controlar los costos del servicio, además de que según el modelo económico convencional se alcanza la eficiencia y se contribuye al bienestar general. Sin embargo, se presentan también algunas desventajas importantes, principalmente lo que ya se advirtió sobre la existencia de fallas de mercado que caracterizan a la atención de la salud de los demás bienes disponibles en la economía; además, no se realizarían actividades de promoción ni de prevención.

El principal problema de este modelo está constituido por la inequidad y la posibilidad de que en ciertas áreas no existan servicios debido al tamaño del mercado. Además, también se presenta el fenómeno de la demanda inducida, en el sentido de que la existencia de la información asimétrica implica una concentración en el médico de la información relevante para la toma de decisiones sobre consumo, de modo que finalmente no hay control de costos proveniente del lado de la demanda, situación que puede llevar a un consumo innecesario; finalmente, también puede considerarse la irracionalidad de los consumidores en ciertos eventos, además de que entre estos se generan desigualdades.

Dentro de las soluciones que pueden presentarse para que este modelo funcione se encuentran: la adopción del seguro de salud, la regulación del mercado por parte del Estado, las políticas y los programas de salud pública, y los subsidios para facilitar el acceso de los más pobres.

1.2.2 Modelo II: Seguro de salud privado

En este modelo participa un nuevo agente, la compañía de seguros, la cual puede operar en un mercado oligopólico, dependiendo del país y del tamaño del mercado, entre otros factores. El seguro de salud cubre riesgos específicos de enfermedad (mala salud) e incurre en los gastos de su atención, mientras los pacientes potenciales hacen el pago de una prima para recibir la atención en el momento en que la requieran. Como resulta normal en muchas industrias y sectores de la economía, las compañías tendrían incentivos para actuar conjuntamente y fortalecer su poder en el mercado, ocasionando un aumento de las primas.

Las ventajas de este modelo consisten básicamente en la eliminación o reducción de la incertidumbre del consumidor y en la generación de incentivos a las compañías aseguradoras para contener los costos y el gasto de la atención, de modo que ellas estarían interesadas en hacer labores de promoción de la salud y ofrecer estímulos tanto a la oferta como a la demanda en relación con el uso de los servicios y de la tecnología.

Pero también existen algunas desventajas que cuestionan la pertinencia de este modelo en su forma pura. En el seguro privado se buscará cubrir con primas más bajas a los riesgos mejores (poca probabilidad de enfermar y requerir atención médica), de forma que los pobres, los ancianos y los enfermos crónicos no quedarían cubiertos (selección adversa). Adicionalmente, el riesgo moral se expresa en el sobreconsumo de servicios y en tal sentido en los pagos elevados a los proveedores si no se organizan o no funcionan los mecanismos de incentivos. Por último, este modelo también propicia la desigualdad y se requiere de una escala mínima en las compañías de seguros para lograr la eficiencia.

Este modelo ha sido característico de los Estados Unidos y también ha tenido avances significativos en Chile. Puede conducir a un aumento desenfrenado de los gastos de los grupos de mayores ingresos y de la brecha existente en relación con la atención brindada a los pobres. Además, se crean distorsiones al ofrecer seguros que no cubren todas las enfermedades.

Dentro de las soluciones ofrecidas en relación con el riesgo moral, las compañías de seguros han introducido los esquemas de co-pagos (el asegurado paga una parte del costo de la atención) que toman cuatro formas: carga absoluta por unidad de servicio (\$/consulta, por ejemplo), co-seguro (proporción por

cada unidad), deducible (mínimo establecido), y una combinación de las dos últimas (Donaldson, 1994). También es importante contar con la regulación estatal en términos del tamaño de las compañías, de la inclusión de todas las personas y de programas especiales que complementen las acciones del seguro privado. Así mismo, el reaseguramiento obligatorio de las denominadas enfermedades catastróficas (de muy alto costo de tratamiento) reduce la tendencia a aplicar la selección adversa y permite que la escala óptima de las compañías también sea menor.

1.2.3 Modelo III: Seguro público de salud

En este caso se presenta un monopolio sobre el financiamiento y la dirección del sistema, correspondiendo entonces a la seguridad social como un programa gubernamental. El Estado recauda las contribuciones a la seguridad social y complementa con recursos fiscales los fondos necesarios para atender a la población afiliada a través de los proveedores públicos y privados, cuando las funciones de financiamiento y provisión se encuentran separadas. Al no existir competencia entre intermediarios financieros se previene la selección adversa, se presentan economías de escala y se evitan los costos de registro, facturación y recaudación de los sistemas privados. Por otra parte, la competencia entre proveedores ofrece ventajas al contar con la agencia de seguridad social como comprador colectivo, el cual además adelanta programas masivos de promoción y de prevención.

El sistema de aseguramiento público, característico de buena parte de los países desarrollados, también puede presentar algunos problemas, en especial el riesgo moral, la ineficiencia interna por falta de incentivos y la desigualdad. Para afrontarlos, los gobiernos y las instituciones de la seguridad social pueden controlar el uso de los servicios mediante co-pagos u otros mecanismos de racionalidad como las listas de espera; adoptar nuevas formas de pago y conceder subsidios para el aseguramiento a los más pobres.

1.2.4 Modelo IV: Sistema Nacional de Salud

En este caso la atención de la salud es ofrecida por el Estado a través de un monopolio público sobre la provisión que busca cubrir a toda la población sin

discriminación. Su fuente de financiamiento es la imposición, tanto los impuestos generales como los asignados específicamente a los servicios de salud, y posee recursos complementarios como las cargas al usuario.⁷ El Reino Unido se caracteriza por tener un modelo de este tipo, en donde todos los ciudadanos gozan de la atención de la salud como uno de los servicios generales ofrecidos por el Estado, el cual asigna presupuestos globales a los hospitales y remunera a los médicos especialmente a través de la capitación.

Las desventajas de este modelo tienen que ver con la inexistencia de incentivos para ser eficientes, la imposibilidad práctica de financiar todas las atenciones y a todas las personas, y la existencia de subsidios a personas que no lo necesitan. Las soluciones que podrían adoptarse en este caso consisten en la adopción de cargas al usuario de acuerdo con su capacidad económica, y el establecimiento de nuevas formas de pago que tengan en cuenta el desempeño del personal de la salud; también, puede referirse la posibilidad de limitar el plan de beneficios a un paquete o canasta de servicios básicos, y fomentar la oferta de planes complementarios para acceder a mayores servicios y, eventualmente, de mejor calidad.

2. El financiamiento de la salud en México: elementos de diagnóstico

En esta parte del trabajo se intenta reconstruir la problemática del sector salud en México teniendo en cuenta los tópicos teóricos ya esbozados y los aportes efectuados por varias aproximaciones empíricas. Pero antes de presentar esta reconstrucción un poco esquemática y siguiendo el marco de las políticas públicas en especial en lo referente a la estructuración de problemas de política, resulta importante advertir sobre las características de la información disponible para emprender el análisis de forma que las conclusiones derivadas de éste se encuentran fuertemente condicionadas por aquellas.

En términos generales, la revisión efectuada sobre varios trabajos enseña medidas diferentes sobre el gasto en salud y su composición público-privada. Es así como las estimaciones sobre la proporción del PIB destinada al gasto en salud varían desde el 3.2% para el Banco Mundial, hasta el 5.7% para la

Fundación Mexicana para la Salud, FUNSALUD; por otra parte, siguiendo la encuesta de ingresos y gastos de los hogares de 1992, la participación del sector público en el gasto total sería de 57% y la del sector privado de 43%, pero si se emplea la información de cuentas nacionales estas participaciones serían de 47% y 53%, respectivamente⁸ (FUNSALUD, 1994).

En un nivel más específico, en diversos trabajos se le otorga una importancia considerable al sector privado en la prestación de los servicios de salud; sin embargo, al analizar la situación de la salud en el país, únicamente se consideran las particularidades del sector público y no se ofrece información sobre el sector privado. Resulta sorprendente en este sentido que se realicen recomendaciones tendientes a propiciar una mayor participación del sector privado, suponiendo que él operaría en condiciones de eficiencia y calidad cuando en general puede advertirse que el gasto promedio del sector privado es superior al efectuado por el sector público. Según información de FUNSALUD, la medicina privada podría atender el 36.7% de la demanda efectiva del sector, mientras el gasto privado sobrepasa esta cifra en todas las estimaciones; por otra parte, la encuesta de hogares efectuada en 1994 para medir el grado de satisfacción, utilización y acceso de los servicios de salud enseña que la mala calidad en la atención privada obtuvo unos resultados similares a los de la seguridad social y superiores a los de la Secretaría de Salud; hay una pregunta interesante en esta encuesta: las instituciones de atención hospitalaria lo tratan como se merece?, sobresaliendo la Secretaría con respuesta positiva de casi 80%, mientras el IMSS obtuvo el 60% y el sector privado el 50%; por último, la ubicación del hospital fue evaluada positivamente para la Secretaría con el 90%, para el sector privado con el 65% y para el IMSS con el 60% (FUNSALUD, 1994a).⁹

2.1. Planteamiento general

La problemática del sector salud en México, vista desde el punto de vista del financiamiento, se encuentra caracterizada por la insuficiencia de recursos y

⁸ Los problemas de información son reconocidos por la propia Secretaría de Salud y se consideran una gran debilidad para abordar con objetividad asuntos como la cobertura (Secretaría de Salud, 1994a).

⁹ Un punto adicional para confrontar el peso real que tiene el sector privado se refiere al porcentaje de población que acude permanentemente en busca de sus servicios (3% a 4%; FUNSALUD, 1994).

por el aprovechamiento desigual e ineficiente de los existentes, de modo que en la prestación de servicios es relevante la falta de acceso a la atención básica por parte de muchos habitantes.

2.1.1 Recursos insuficientes

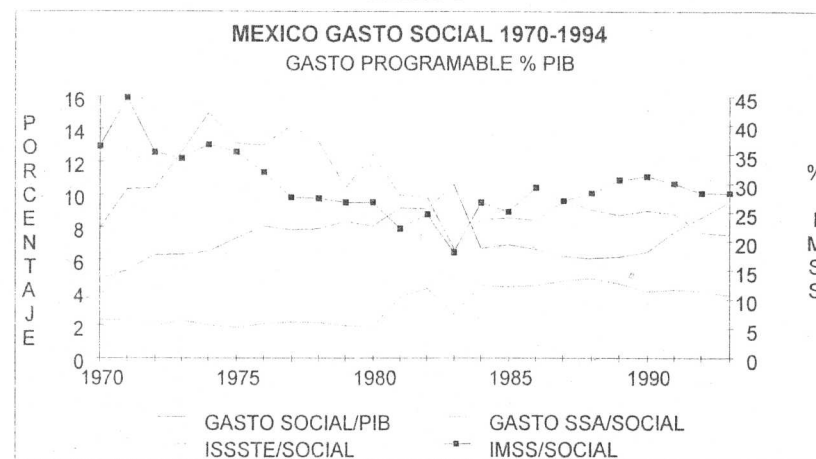
La insuficiencia de recursos destinados a la atención de la salud puede verse en una comparación con los demás países de la Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo, OECD, así como con los países de América Latina. En el primer caso, México gasta una de las proporciones más bajas del PIB en salud (Bloom, 1995); y en el segundo, el país presenta una participación del gasto en salud similar al promedio de la región aunque presenta un ingreso *per cápita* superior y su economía y su población son significativas en términos comparativos (ver anexo 1).

Además de una comparación como la sugerida, la insuficiencia de recursos puede observarse también en los efectos de la crisis económica sobre la asignación de recursos al sector. Bajo esta perspectiva se sugieren algunos cambios que en su conjunto dan cuenta de una problemática bastante compleja. Por una parte, la caída del salario real ocasionaría un desfinanciamiento de las instituciones de la seguridad social, llevando a producir una reforma importante en 1989 basada esencialmente en un aumento de la cotización en el ramo de enfermedades y maternidad. Por otra parte, la misma restricción de ingresos llevaría a una contracción del gasto privado e incluso al intento de sustituirlo por gasto público.¹⁰ Y por último, el gasto del gobierno dirigido a atender a la denominada población abierta también tendría fuertes presiones a ser disminuido, aunque “parece ser que el gobierno procuró mantener el gasto como un porcentaje relativamente constante del PIB” (Bloom, 1995:33).

¹⁰ A. Hirschman trata de manera interesante la dinámica que se presenta entre lo público y lo privado, lo cual puede formalizarse en un modelo de elección entre bienes públicos y privados (Stiglitz, 1992:137). Una disminución de la renta o un aumento en el precio de los bienes privados (lo que ocasionaría a los individuos, en el enfoque seguido por Hirschman, una decepción sobre el papel del mercado) conduce a una mayor demanda por bienes públicos (lo que Hirschman denomina la recurrencia al servicio público y a la provisión pública de bienes y servicios).

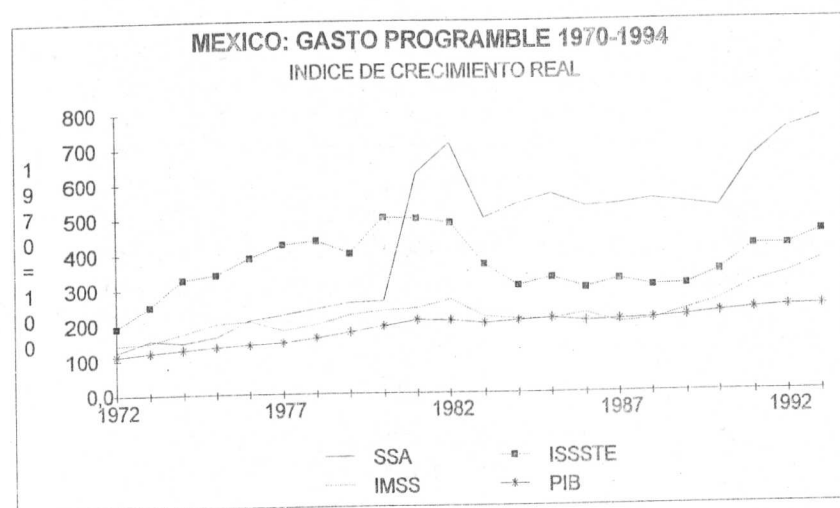
Los efectos de la crisis económica sobre el financiamiento de la salud parecen tener un patrón diferente en México en comparación con los resultados presentados en América Latina. En efecto, se ha sugerido que en la región se presentó un desfinanciamiento público más pronunciado en los servicios públicos de salud que en la seguridad social, al tiempo que se produjo una modificación en las participaciones de los sectores público y privado en el gasto total (Suárez, 1995). Para México, en cambio, la nota característica estuvo referida al mantenimiento del gasto social en términos relativos durante la década de 1980 en niveles cercanos al 6% del PIB y con una recuperación importante al iniciar la década de 1990 (Ver gráfico 1). Por otra parte, al observar el comportamiento de los distintos componentes del gasto social se encuentra que el gasto correspondiente a la Secretaría de Salud presentó aumentos reales importantes unos años antes de la crisis, en 1982 registró una disminución y posteriormente se mantuvo prácticamente constante presentándose también una recuperación a partir de 1990. En el caso del IMSS, los gastos permanecieron prácticamente constantes y los del ISSSTE sufrieron pérdidas significativas (Ver gráfico 2). Por último, se destaca el avance de estos tres rubros dentro del gasto social, lo cual resulta coincidente con la siguiente afirmación: el gasto social ha pasado de una tercera parte del gasto programable en 1980, a la mitad; y dentro del gasto social, el gasto en salud pasó de 11,6% al 21,7% (FUNSALUD, 1994).

Gráfico 1



La información anterior sugiere pues la existencia de una política para moderar los efectos adversos sobre el gasto social, y particularmente sobre el gasto público en salud y seguridad social, aunque de todos modos fue imposible expandir el gasto para atender las demandas crecientes. Hace falta probar la dinámica presentada por el gasto privado, sobre lo cual se ha sugerido una disminución en términos reales al referirse a la salud como un bien de lujo (Gómez, 1995). De manera que en términos agregados se habría presentado una caída en el gasto en salud.

Gráfico 2



2.1.2 Inequidad

En relación con la forma como se asignan los recursos para la atención de la salud, existe un amplio consenso acerca de la inequidad generada por la organización particular de los sistemas de salud.¹¹ La inequidad puede

¹¹ En el estudio de las políticas públicas teniendo en cuenta el papel de los actores se distingue el consenso o conflicto entre éstos en varias etapas de formación de la política. En la definición del problema puede existir un acuerdo generalizado al menos en un sentido general, aunque no así en los factores que lo determinan; por otra parte, en la generación de las alternativas de solución es donde comúnmente se presentan las mayores dificultades.

analizarse de diversas maneras, todas ellas conducentes a demostrar las diferencias entre distintos grupos de población: una primera aproximación está referida al perfil epidemiológico, el cual se refiere a las necesidades en materia de salud, destacándose que las mejoras en el estado de salud han sido desiguales en los 32 estados de la República (Bloom, 1995). En efecto, en un análisis regionalizado se observa que mientras en el Distrito Federal, las tasas de mortalidad infantil y de adultos fueron de 19 y 28 por mil en 1990, en los estados del Sur (Chiapas y Guerrero, entre los cinco estados que conforman esta región) éstas fueron de 42.7 y 38 por mil, respectivamente; asimismo, en el número total de muertes las enfermedades infecciosas fueron la causa del 8.1% en el primer caso y de 18.7% en el segundo (ver Cuadro 1).

Lo anterior sugiere la importancia de destinar más recursos a los Estados más pobres, así como de establecer una reasignación en procura de darle más importancia a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Pero además, se advierte la necesidad de una política integral de lucha contra la pobreza, enfatizando que buena parte de la problemática de la salud no se resuelve con atención médica.

Una segunda forma de aproximarse a la desigualdad en el sector salud se refiere a la asignación de los recursos públicos. Tomando de nuevo a los Estados como base para este análisis, "las cifras disponibles hasta 1992 muestran un panorama caracterizado por una gran disparidad en la distribución geográfica e institucional de los recursos" (Secretaría de Salud, 1994b:23).

Cuadro 1: Mortalidad por regiones en 1990

Región	Nº Estados	Población (millones)	Mortalidad Tasa por 1000 hab.		Muertes por causa %		
			Infantil	Adultos	I	II	III
Norte	9	16.2	25.1	3.6	8.9	75.4	14.9
D.F.	1	8.2	19.0	2.8	8.1	80.4	11.3
Centro	11	34.5	35.1	3.4	13.6	72.7	13.1
Pacífico	5	12.3	31.1	3.3	9.5	73.1	17
Sur	6	10.1	42.7	3.8	18.7	65	15.2
Nacional	32	81.3	31.1	3.3	12.2	73	14

I. Enfermedades infecciosas; II: No infecciosas; III: Accidentes y violencia.

Fuente: Bloom (1995)

Concretamente, a manera de ejemplo, se observa que:

“El promedio de camas por cada 100,000 habitantes es de 80; sin embargo, sólo 13 de los 32 estados alcanzan este promedio. La presencia de ese recursos en el D.F., Baja California Sur, Sonora y Nuevo León, rebasa el promedio nacional, mientras que en los estados más marginados, como Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Puebla, Veracruz y Zacatecas, se encuentran muy por debajo de dicho promedio” (SSA, p.33)

Otra expresión de la desigualdad se observa en una comparación entre dos estados extremos, Nuevo León y Oaxaca, con los siguientes resultados: si bien la esperanza de vida es de 70 años a nivel nacional, para estas dos entidades federativas las cifras son de 74 y 62 años, respectivamente; por otra parte, el 90% de la población en el primer caso cuenta con la protección de los sistemas de seguridad social, mientras en el segundo solamente el 25% de la población; en relación con los recursos para la atención de la salud, se observa que el gasto *per cápita* de Nuevo León supera en más de tres veces el disponible en Oaxaca; por último, la cantidad de servicios prestados a la población “muestran un predominio entre dos y cuatro veces en favor de la población de Nuevo León” (Narro, 1993:46,47).

Una tercera forma de analizar la desigualdad en salud, relacionada también con la asignación de los recursos públicos, se refiere a la conformación de diferentes grupos de personas con diferencias importantes en el acceso y utilización de los servicios de salud. Se trata fundamentalmente del papel de la seguridad social como un “bien club”,¹² ofreciendo a sus miembros unos beneficios por encima del promedio de toda la población.

Lo anterior puede verse para el caso mexicano contrastando varios indicadores entre los distintos grupos de población (ver Cuadro 2). Por ejemplo, el personal médico empleado en 1992 fue de 1,1 por cada 1000 habitantes inscritos teóricamente en la SSA, 1,3 para el caso del IMSS, 1,6 para el ISSSTE y

¹² El bien club está caracterizado por comportarse como un bien público para los que hacen parte del club, y por actuar como un bien privado para quienes no están en él, con exclusiones aplicadas a través de la inscripción y pago de la misma.

3,5 para Pemex; asimismo, las consultas externas por persona fueron de 1,4 en el caso de la SSA para el mismo año, 2,4 en el IMSS y 5,8 en Pemex. Estas diferencias se acentúan al tomar servicios más costosos como las consultas de especialidad, con una utilización en el año de 0.1 por persona en la SSA y de 2,19 en Pemex.

2.1.3 Ineficiencia

Los problemas de eficiencia en el sector salud también pueden analizarse desde perspectivas diferentes. En general puede señalarse que los recursos disponibles para la atención de la salud son asignados sin tener en cuenta su aporte al mejoramiento de la situación de la salud y la calidad de vida en términos de costo-efectividad.¹³ Subsiste en el país una asignación sub-óptima para los programas de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, y los recursos destinados a la atención de las personas discriminan en contra de la atención básica y no es muy clara la existencia y operación de un patrón de contención de costos.

Un punto importante en la determinación de este fenómeno se debe a la inexistencia de incentivos que lleven a los agentes del sistema, tanto del lado de la oferta como del lado de la demanda así como del sector público y del privado, a racionalizar el uso de los recursos. En el caso de la seguridad social, la existencia de cobertura total sugiere la existencia de problemas de riesgo moral que lleven a una sobreutilización de los servicios; además, los sistemas de pago predominantes, especialmente el salario al personal médico, no generan incentivos para mejorar la eficiencia.

La combinación de recursos también puede tomarse como un indicador de eficiencia. Sobre el particular, se ha encontrado que:

“Nuestro país es el único en el mundo donde el número de médicos por unidad de población excede al de enfermeras, con 12.3 galenos contra 11 enfermeras y auxiliares de enfermería por cada 10,000 habitantes” (FUNSALUD, 1994b:52)

¹³ El criterio de costo-efectividad es empleado en forma creciente para orientar los recursos hacia los programas e intervenciones que resultan en mejoras sustanciales sobre los años de vida sanos (cuánto se gana en estos términos por cada unidad monetaria invertida?).

Por último, la excesiva centralización también puede verse como fuente de ineficiencia. La asignación del gasto desde el D.F. y su giro a las localidades correspondientes sin tener en cuenta algún esfuerzo por parte de aquellas ni el conocimiento de las situaciones concretas, ocasiona una discrepancia entre necesidades y recursos efectivos, además de que no se evalúa desde el hospital la producción de servicios en sentido económico.

Cuadro 2: INDICADORES DE OFERTA Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS PUBLICOS DE SALUD

	SEGURIDAD SOCIAL				SISTEMA PUBLICO	
	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SSA	IMSS-SOL
Derechohabientes 1992 (millones de personas)	37,46	8,64	0,84	0,95	27,91	10,95
% población nacional	43,1	10,0	1,0	1,1	33,2	12,6
Camas por 1,000 derechohabientes	0,78	0,76	1,89	3,63	0,84	0,162
Personal médico por 1,000:						
Empleados	1,29	1,62	3,46	2,08	1,11	0,409
Médicos generales	0,45	0,82	1,70	0,71	0,40	n.d.
Médicos especialistas	0,35	0,79	1,37	0,80	0,26	n.d.
Cirujanos dentistas	0,05	0,08	0,17	0,41	0,07	n.d.
Consultas externas por habitantes	2,46	2,14	5,84	2,91	1,39	n.d.
Consultas generales	1,84	1,39	2,34	1,64	1,06	n.d.
Consultas de especialidad	0,34	0,46	2,19	0,84	0,10	n.d.
Consultas odontológicas	0,11	0,14	0,46	0,45	0,09	n.d.
Urgencias	0,32	0,09	0,79	0,08	0,07	n.d.

Fuente: Inegi (1994); Gómez (1995)

2.2 Los modelos de financiamiento dominantes

La atención de la salud en México está organizada en torno a tres de los cuatro modelos presentados anteriormente: el seguro público de salud, el mercado de servicios y el sistema público asistencial. El seguro privado, por su parte, tiene un desarrollo muy incipiente aunque podría avanzar considerablemente

en el contexto actual de la globalización (NAFTA) y como resultado de las reformas al Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS.¹⁴

2.2.1 La seguridad social: El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Cuatro instituciones de carácter nacional tienen a su cargo una población cercana a los 50 millones de personas, con el fin de brindarles protección con diferentes servicios de la seguridad social. Se trata del IMSS, el Instituto del Seguro y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la empresa Petróleos de México (PEMEX), y la Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA). Entre éstas, se destaca el IMSS por cubrir a la población trabajadora, mientras el ISSSTE da cobertura a funcionarios públicos y en algunos casos existen como dependencias de los estados; las otras dos entidades, por su parte, atienden *clubs* más reducidos, particularmente aquella población que por diversas razones (soberanía, conquistas sindicales, etc.) resulta bastante privilegiada en comparación con el conjunto de la sociedad.

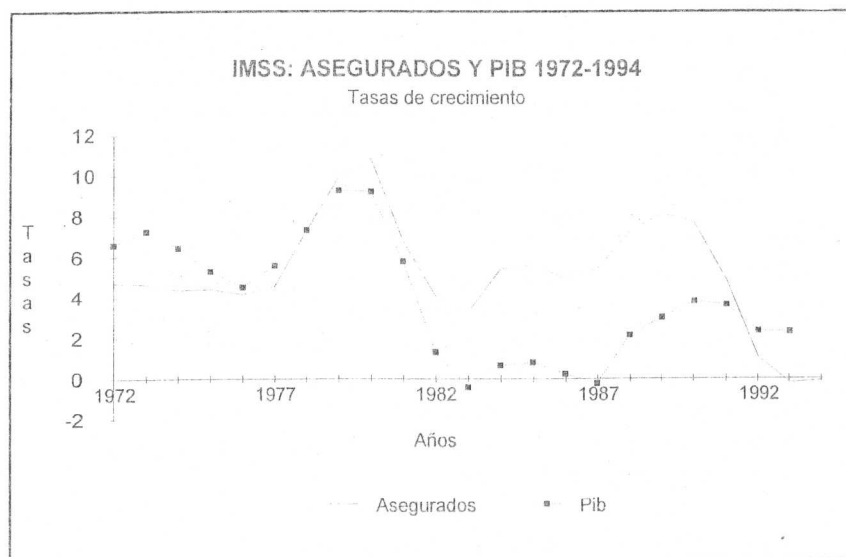
Mirando el conjunto de instituciones pertenecientes a la seguridad social, se destaca la falta de coordinación como un problema grave asociado a la ineficiencia, lo que implica para la economía en algunas regiones tener infraestructuras y servicios paralelos para atender una demanda relativamente baja. Por su importancia en este contexto, debida al número de derechohabientes y al monto de recursos que administra, el análisis se centrará a continuación sobre la situación del IMSS.

Las reformas al financiamiento del seguro de enfermedades y maternidad del IMSS han sido realmente pocas y las más drásticas son más recientes, como producto de la insuficiencia de recursos ocasionada por la crisis económica y otros factores que se comentarán más adelante. La contribución a la seguridad social en salud se mantuvo en el 9% del salario durante tres décadas, y en 1989 se elevó al 12% y se estableció un tope máximo para el pago en los 10 salarios mínimos; posteriormente, en 1993, se decretó un aumento de la contribución al 12.5%, se amplió el salario base de cotización y se elevó el tope máximo a declarar en 25 salarios mínimos. Es importante

¹⁴ El 2% de los fondos de financiamiento corresponde al seguro médico privado, el cual viene presentando crecimientos reales del 30% anual (FUNSALUD, 1994).

observar que a diferencia de lo ocurrido durante un período largo, 1972-1994, en el cual se presentó un comportamiento similar entre las tasas de crecimiento del PIB y del número de afiliados al IMSS, a partir de 1989 se destaca una caída en el ritmo de crecimiento de los afiliados mientras la economía exhibía niveles de recuperación.

Gráfico 3



Las reformas de 1989 y 1993, y la recientemente aprobada por el Honorable Congreso de la Unión, dan cuenta de una crisis de financiamiento en este ramo del seguro social provisto por el IMSS. De acuerdo con el diagnóstico elaborado en el IMSS en 1994, desde su origen el ramo ha estado desfinanciado. El Presidente, por su parte, señaló en su iniciativa de reforma que:

“se hace indispensable, sin recurrir al aumento de cuotas, realizar cambios de fondo que garanticen suficiencia permanente, así como la ampliación de la cobertura de los servicios de salud para un mayor porcentaje de la población”

Dentro de las causas que explican el desfinanciamiento del Instituto en su ramo de salud se encuentran las siguientes: en primer lugar, se ha señalado que desde sus orígenes no se tuvieron en cuenta los costos reales de prestación de los servicios de modo que éstos siempre han estado por encima de la recaudación y en tal sentido ha sido necesario disponer los ajustes ya comentados;¹⁵ sin embargo, es importante tener en cuenta que el aumento de la cotización pudo haber llegado a niveles exagerados y en tal sentido se puede agravar el problema generando la subdeclaración o la desafiliación. En efecto, se ha considerado que:

“las empresas que contratan personal con salarios superiores a los 10 salarios mínimos critican el hecho de que a partir de este salario podría resultarles conveniente hacerse cargo del seguro médico o contratar el servicio de un seguro privado en lugar del IMSS. Esto es evidencia de cargas excesivas para dichas empresas, lo que propicia la subdeclaración, desalienta el empleo y el crecimiento de los salarios reales” (IMSS, 1994).

Por otra parte, la evidencia muestra que la evasión al IMSS es común, de manera que la probabilidad de que un empleado del sector privado esté afiliado al IMSS varía desde 0.28 en las empresas más pequeñas (1 a 5 empleados) hasta 0.92 en las más grandes (más de 100 empleados), con un total de 0.716 en el sector privado urbano (Bloom, 1995:9).

En segundo lugar, el desbalance financiero puede ser explicado por el excesivo aumento en los costos que ocasiona el cambio demográfico y epidemiológico, en especial la atención de las enfermedades crónico-degenerativas y el aumento cada vez más rápido de la población pensionada.

En tercer lugar, la afiliación de grupos específicos de población (como los trabajadores estacionales) sin aporte significativo al financiamiento también

¹⁵ Además, se reconoce que el ramo ha cubierto sus déficits con recursos provenientes de los demás seguros. En la iniciativa de reforma el Presidente señala: “los remanentes de este ramo de seguro <IVCM> se invirtieron en la construcción de la amplia red de infraestructura para la atención médica [...] se han efectuado transferencias de recursos entre los distintos ramos de aseguramiento, muy especialmente de los ramos de IVCM y Guarderías para apoyar el de Enfermedad y Maternidad 'el cual' fue omiso en retribuir la renta correspondiente por las inversiones hechas en su favor” (p.11).

contribuye a erosionar la situación financiera del ramo. Las personas pertenecientes al esquema modificado han pasado de representar el 3.5% de la población asegurada en 1985, al 12.3% en 1994 (IMSS, 1994: Cuadro No. II.2).

Y en cuarto lugar, la situación inflacionaria y en general la crisis económica ha ocasionado efectos desastrosos sobre los recursos del IMSS, ya que los ingresos del Instituto dependen directamente del salario real y del nivel de empleo, y el primero de éstos ha crecido por debajo de la inflación además de que el segundo se ha reducido y es necesario otorgar asistencia durante un tiempo inicial de la desocupación; adicionalmente, por el lado de los gastos el índice de precios de los servicios de salud se encuentra por encima del nivel de inflación global.

Efectivamente, durante 1981-1991 el índice nacional de precios al consumidor se incrementó en 172 veces, mientras el índice salarial lo hizo 121 y el índice de precios de salud en 215.

2.2.2 El sistema público de salud: La Secretaría de Salud(SSA)

Para alcanzar la universalidad en la atención de la salud, el gobierno de México brinda atención a la población que no está cubierta por la seguridad social, y para ello financia y administra diferentes sistemas de salud públicos, cada uno de los cuales posee su propia población objetivo. Aunque la suma de la población cubierta (seguridad social más sistema público) excede el total de la población nacional, en realidad hay un porcentaje significativo de la población que no está cubierta por cualquier servicio de salud, debido a su situación económica y al aislamiento geográfico (FUNSALUD, 1994a).

El sistema de salud de la SSA provee la mayoría de los servicios asistenciales directamente y con los servicios de salud estatales. En la ciudad de México, el Departamento del Distrito Federal, DDF, provee servicios para suplir el servicio de salud del gobierno federal. El IMSS, por su parte, mantiene un sistema separado para la población no cubierta, conocido como IMSS-Solidaridad. Aunque este servicio es administrado por el IMSS, utiliza instalaciones separadas y tiene su propio presupuesto del gobierno federal. Cualquiera que no esté cubierto por la seguridad social, puede usar los servicios de IMSS-Solidaridad, los cuales están ubicados normalmente en áreas rurales

pobres. De esta manera, la población que recibe los servicios de IMSS-Solidaridad no hace parte del sistema de seguridad social regular.

En 1983, el gobierno federal comenzó a descentralizar sus servicios de salud a los estados. Hasta el presente, catorce estados fueron oficialmente descentralizados, y hay planes para descentralizar los servicios a todos los estados en el futuro cercano. Aquellos estados son representativos de todas las regiones geográficas y de mortalidad identificadas en el país, pero hay un ligero sesgo hacia los estados más ricos y con mejores indicadores de salud, y es así como ninguno de los estados pobres del sur fue descentralizado en el programa de 1983. Por otra parte, los estados descentralizados tienen un tamaño promedio más pequeño y se encuentran más densamente poblados que los no descentralizados, reflejando con ello una posible mayor capacidad administrativa en los estados más pequeños.

Los estados descentralizados contribuyen con parte de los costos de las clínicas públicas en su territorio según los acuerdos hechos con el gobierno federal. Debido a la inconsistencia en los procedimientos de contabilidad existentes, y a la renuencia de muchos estados para publicar información presupuestal, hay muy poca información confiable sobre el tamaño o tipo del gasto de los gobiernos estatales en salud. En los estados descentralizados, la mayoría de los trabajadores federales del sector salud fueron transferidos a los servicios de salud estatales, tomando los estados la responsabilidad de vincularlos y garantizarles el pago.

Diferente al sistema de seguridad social, los servicios de salud públicos generalmente no son libres de pago para el usuario. La SSA carga una cuota nominal para los servicios de salud en sus clínicas. La cuota depende del servicio provisto y en teoría varía con la clasificación socioeconómica del usuario (existen seis estratos); sin embargo, para muchos servicios curativos se cobra una cuota única a todos los pacientes porque resulta costosa realizar la clasificación socioeconómica.

El gobierno federal fija las cuotas al usuario de los estados descentralizados; no obstante, la recuperación de cuotas difiere de estado a estado. Aunque las cuotas son muy bajas en términos absolutos, ellas pueden ser significativas para muchos hogares rurales de ingreso bajo. Además, como muchos de los usuarios de los servicios públicos están en áreas rurales, el tiempo de viaje, los gastos de transporte y el tiempo de espera, pueden ser una barrera significativa para acceder a los servicios. El IMSS-Solidaridad no carga

cuotas monetarias por sus servicios, pero fomenta a sus usuarios a participar en trabajo social a cambio de los servicios de salud que ofrece (IMSS, 1992).

Como los ingresos de las cuotas de los usuarios son pequeños para las entidades públicas prestadoras de los servicios de salud, la mayoría de los costos son cubiertos por el presupuesto de la SSA, el DDF, los gobiernos de los estados y el Programa Nacional de Solidaridad, PRONASOL. Los ingresos del gobierno federal se derivan de impuestos sobre el ingreso de las personas y de las empresas, un impuesto al valor agregado de base amplia, aranceles a las importaciones, y los beneficios de las empresas estatales. El gobierno del presidente Salinas también asignó recursos de la venta de activos de propiedad estatal y de bonos de inversionistas extranjeros y locales. Algunos de los ingresos de estas ventas fueron otorgados por PRONASOL, el cual a su turno financió el programa IMSS-Solidaridad. Con la excepción de las contribuciones a la seguridad social, no hay impuestos específicos dedicados a la atención de la salud. Los estados deben expandir sus recursos presupuestales propios para mejorar sus servicios, pero la base de estos ingresos está regulada por el gobierno federal y usualmente es limitada.

Como sucede con la seguridad social, cada sistema público de salud mantiene sus propias clínicas y hospitales para la atención de nivel primario y secundario. Los casos más complejos son referidos a los hospitales generales o especializados de la SSA. La mayoría de los médicos en las áreas rurales son profesionales recién graduados que están prestando su servicio social obligatorio (FUNSALUD, 1994b). Los medicamentos de prescripción generalmente no se ofrecen libres de pago, y las farmacias de muchas clínicas públicas comúnmente no poseen los más importantes. Muchos usuarios se refieren a la falta de medicamentos como una de las razones principales por las cuales consideran el sistema público como pobre y de baja calidad, y por lo cual usan servicios alternativos a la SSA.

2.2.3 Los mercados de salud

En teoría, toda la población mexicana se encuentra cubierta por los servicios de seguridad social o por los servicios de salud públicos; sin embargo, existe un sistema de atención privado que opera a través de los consultorios particulares, las clínicas y los hospitales basados en el cobro por servicios prestados.

Aunque hay planes de seguro que cubren gastos médicos importantes, la cobertura de estos planes es muy pequeña aunque creciente. Los principales planes médicos son ofrecidos ocasionalmente a los empleados como un sustituto de los beneficios ofrecidos por el IMSS. De acuerdo con la encuesta ENSA2, la cobertura total de los planes privados es el 2.4% de la población (SSA, 1994). Los planes de salud prepagados (estilo HMOs) apenas comienzan a entrar al mercado nacional y generalmente están basados en uno o dos hospitales. Estos planes típicamente ofrecen seguro de hospital con descuento sobre las consultas a los médicos aprobados, mientras que otras consultas médicas y odontológicas son pagadas en dinero por la provisión del servicio.

Usando información de ENSA2 es posible estimar el uso privado de servicios médicos. Los cálculos basados en esta encuesta y considerando una estratificación de la población por nivel de ingreso, muestran que el quintil más rico es el que más usa los servicios privados en caso de necesidad. Entre el quintil más pobre, el uso de los servicios privados también es alto, particularmente teniendo en cuenta que los pobres tienen una probabilidad mayor de tener problemas de salud y por lo tanto de utilizar los servicios médicos. Las diferencias rural-urbanas en la atención de la salud no son grandes, aunque la población urbana tiende a usar los servicios privados más que la rural. Como era de esperarse, los beneficiarios de la seguridad social utilizan menos los servicios privados que los no cubiertos por el sistema; sin embargo, como los beneficiarios de la seguridad social tienen una mayor probabilidad de asistir a los servicios de salud, su tasa de utilización de las madres juega un papel importante en la determinación de la utilización de los servicios, de manera que a mayor nivel de educación se reduce la probabilidad de tener una mala salud. Sin embargo, en las madres más educadas también se presentan las mayores tasas de utilización de los servicios.

3. Opciones de reforma

3.1 Contexto internacional: los casos de Chile y Colombia y los países desarrollados

En América Latina ha existido la tendencia general a financiar la atención de la salud y proveer los servicios correspondientes a través de los sistemas de

seguridad social. Sin embargo, sin lograr esta meta se han conformado de manera paralela los sistemas nacionales de salud, en los cuales se brinda atención a la población no afiliada a la seguridad social, y esto se ha convertido en una de las principales fuentes de la desigualdad. Por último, el sector privado gana participación en la prestación de servicios, tanto en forma directa a los usuarios como en la modalidad de proveedores de la seguridad social.

Esta tendencia general tiene su comportamiento particular al mirar países específicos; en especial, la cobertura de la seguridad social varía de un país a otro, así como la organización de los sistemas de salud. Sin embargo, en todos es común el intento por establecer reformas inspiradas en la eficiencia, la equidad y la universalidad, aunque igualmente se presentan énfasis distintos. Para mostrar dos modelos diferentes que se desarrollan en la región de manera particular, a continuación se efectúa una descripción de los casos de Chile y Colombia.

3.1.1 La reforma chilena y su maduración

Desde 1979 se introdujeron en Chile reformas sustanciales sobre el sector salud, las cuales apuntaban a mejorar la focalización del gasto y aumentar la eficiencia. La reestructuración del sistema de salud iniciada este año se concretó en la descentralización a los municipios de las responsabilidades sobre atención primaria, la reorganización del Ministerio de Salud y la adopción del seguro médico privado.

A partir de esta reforma el Ministerio se consolidó como entidad normativa, de determinación de políticas y de evaluación; se creó el Fondo Nacional de Salud, FONASA, como institución financiera encargada de reunir los ingresos provenientes del presupuesto nacional y de las cotizaciones obligatorias, así como de distribuir el dinero entre las instituciones del sistema nacional de servicios de salud o pagar a los proveedores de servicios. La participación del sector privado fue autorizada con la creación de las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES, las cuales pueden recibir las cotizaciones de los afiliados (7% de los sueldos y salarios) en un sistema de libre elección.

Las opciones de un trabajador son las siguientes: afiliarse a FONASA o a cualquier ISAPRE solicitando al empleador que envíe sus cotizaciones a la

institución elegida, y en cualquier caso le corresponde pagar la totalidad de la cotización. Si el trabajador se afilia a FONASA, tiene dos posibilidades de atención médica: a través de los establecimientos del sistema nacional de servicios de salud, en donde debe efectuar un pago de acuerdo con su capacidad económica, o puede recibir atención en el sector privado, en donde también deben pagar un aporte de acuerdo con el nivel de precios fijado por el proveedor. FONASA, por su parte, efectúa sus pagos a los proveedores teniendo en cuenta la facturación por atención prestada.

Las ISAPRES son entidades privadas, sustitutivas del FONASA cuando el trabajador elige una de ellas, que administran un seguro para financiar las prestaciones médicas y los subsidios por incapacidad laboral, con cargo a la cotización obligatoria del 7% sobre el salario. Como empresas aseguradoras, las ISAPRES procuran dispersar el riesgo del gasto asociado a cada plan individual de salud entre el conjunto de afiliados: se estima el comportamiento del gasto en salud asociado a un grupo significativo de personas y se definen las principales características de los planes de salud orientados a cada grupo particular de beneficiarios.

En la marcha de este sistema se han efectuado algunos ajustes, conservando la estructura y los principios consagrados hace 15 años. En la actualidad la preocupación sobre nuevos cambios está explicada en especial por algunas ineficiencias en el sector público y por la falta de transparencia en el mercado de seguros de salud privados, en donde ocurre el fenómeno de la selección adversa.

Los cambios sugeridos en la actualidad parten del reconocimiento de los siguientes problemas: la necesidad de adecuar el sector salud al nivel de desarrollo y modernización del país, en especial los cambios demográficos y epidemiológicos y el aumento de los riesgos del medio ambiente sobre la salud humana; ineficiencias en las instituciones integrantes del sistema nacional de servicios de salud; falta de transparencia en el mercado de seguros privados de salud por la existencia de vacíos legales que favorecen a las ISAPRES, las cuales a diferencia del seguro público aplican restricciones en la suscripción de los contratos de salud, y la falta de incentivos en el sector público para reclutar y mantener los recursos humanos necesarios para su funcionamiento.

La alternativa planteada en torno al tema que nos ocupa considera en general el fortalecimiento y la modernización del sector, fundamentalmente

el sistema público, a través del cumplimiento efectivo por parte del Ministerio de su función rectora, normativa y reguladora, y de modificar los mecanismos de asignación de recursos provenientes de FONASA, del cual se espera el establecimiento de un sistema de salud verdaderamente solidario.

El fortalecimiento financiero de FONASA está previsto a través del control efectivo sobre la recaudación de cotizaciones, reduciendo la morosidad y la evasión, la eliminación de los subsidios cruzados a las personas que no cotizan al sistema y la adopción de nuevas formas de pago para mejorar la eficiencia en la asignación de recursos. En relación con estas últimas, se plantea el pago por capitación (población efectivamente cubierta) en el nivel primario de atención, ponderado por factores de pobreza y ruralidad; en la atención hospitalaria, se propone aplicar el pago asociado por diagnóstico (PAD), complementado con un pago prospectivo por prestaciones (República de Chile, 1995).

3.1.2 El nuevo sistema general de seguridad social de salud en Colombia

Los servicios ofrecidos en Colombia para la atención de la salud en 1993 se agrupaban en dos categorías que operaron en forma separada: el aseguramiento a través de un monopolio estatal Instituto de Seguros Sociales, iss, creado en 1946, y una oferta mixta de servicios de salud. La seguridad social a cargo del iss y de otros organismos públicos menores apenas cubría un 20% de la población en 1993, la cual cotizaba al sistema un 7% de la nómina (aporte obrero-patronal) y tenía cobertura individual excepto en los casos de maternidad y durante el primer año de vida de sus hijos.

En el caso de la oferta privada y pública sobresalió durante la década anterior el avance de los servicios prestados por la primera, la cual se ha desarrollado alrededor de la superespecialización de sus recursos técnicos y humanos y de la implantación de las formas de medicina prepagada. El subsistema público por su parte, a pesar de haber sufrido reformas importantes como la de 1990 en la cual se dispuso su descentralización y fortalecimiento de recursos, opera en el contexto de una baja cobertura y de la generación de ineficiencias en su gestión.

La Constitución de 1991 le otorgó a la seguridad social, y a la salud y el saneamiento ambiental, en su calidad de servicios públicos, los principios de

universalidad, solidaridad y eficiencia. Siguiendo estos principios, la Ley 100 de 1993 creó el sistema de seguridad social integral, conformado por los sistemas de pensiones, de riesgos profesionales y de seguridad social en salud, sgsss. El objeto asignado al sgsss es el de regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención. En cuanto al servicio, en la norma se definen tres características: a cargo del Estado, obligatorio y gratuito en los servicios básicos, y administrado en asocio con las entidades territoriales y los particulares.

En la Ley 100 se estableció como propósito y meta fundamentales la universalización de la cobertura en el año 2000, y para lograrlo se identificaron en la Ley las siguientes estrategias:

Garantizar el acceso de toda la población a un paquete de servicios básicos

Para lo cual se definieron dos variables fundamentales sobre las que se sostendrá el sgsss: la unidad de pago por capitación, upc, que es el valor reconocido por el sistema (fondo de solidaridad y garantía), por cada afiliado y beneficiario a quienes administren los seguros de salud; y, el plan obligatorio de salud, pos, que define el conjunto de servicios y de medicamentos esenciales a que tendrá derecho la familia para su protección integral a la maternidad y la enfermedad general.

La definición de la upc y del pos tiene en cuenta dos aspectos adicionales: el aumento de la cotización para las personas con capacidad de pago (del 7% al 12%), conformando con estos recursos el denominado régimen contributivo que ahora deja de ser monopolio del iss y éste competirá con las empresas promotoras de salud, eps; y la creación de un régimen subsidiado financiado con recursos fiscales y con un punto de la cotización del régimen contributivo para dar cobertura con el pos a la población más pobre y vulnerable.

Mejorar la asignación de recursos. La organización y el funcionamiento del sgsss

Teniendo en cuenta la autonomía institucional y la libre escogencia, permitirán la operación de incentivos entre los agentes para alcanzar la eficiencia. La separación de un mercado de seguros y un mercado de prestación de servicios, mediados por sistemas de pago orientados a la contención de costos, y la asignación de competencias y de recursos a las entidades territoriales, servirán para fortalecer las actividades de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, así como controlar el riesgo moral y otros problemas inherentes a los mercados de salud.

Las EPS compran los servicios para sus beneficiarios a las llamadas instituciones prestadoras de servicios, IPS, las cuales pueden ser públicas, privadas o mixtas y sus pagos pueden basarse en la capitación o en los diagnósticos. En un intento por controlar el riesgo moral, la reforma tiene en cuenta los copagos por parte de los beneficiarios del sistema. Además, en relación con la selección adversa se prohíbe a las EPS la exclusión de afiliación y se plantea un sistema de reaseguramiento para las enfermedades de tratamientos costosos.

Asegurar la participación social y la concertación entre los agentes que están involucrados en el funcionamiento del SGSSS

El alcance de los propósitos anotados anteriormente requiere de un gran compromiso por parte del gobierno, el sector empresarial y los beneficiarios del sistema. Por esta razón se creó el consejo nacional de seguridad social en salud, CNSSS, como organismo de concertación entre los diferentes integrantes y a quien le corresponde la dirección del SGSSS y en consecuencia la definición de asuntos cruciales como el ROS y la UPC.

Organizar la prestación de servicios en forma descentralizada y por niveles de atención.

El subsistema público recibe una profundización del proceso de descentralización iniciado en 1990, transfiriendo recursos y responsabilidades a los departamentos y los municipios para conformar en sus territorios el régimen subsidiado y prestar el denominado plan de atención básica, PAB, que corresponde a los programas de salud pública. Además, a los hospitales públicos se les consagra su autonomía institucional y para lograr su eficiencia se trasladan los recursos desde la oferta hacia la demanda.

En el contexto internacional de las reformas a los sistemas de salud, la colombiana resulta una experiencia importante para observar sus resultados y, a partir de ellos, los demás países de América Latina podrían aprender para diseñar su propia reforma, pero también para evitar algunos errores. Una de las principales enseñanzas se refiere a la importancia de desatar una gran discusión nacional que reúna a todos los interesados en la reforma y se obtenga de este modo una solución que en ningún caso sería extrema ni seguiría modelos ideales o trasplantados, sino que por el contrario se trataría de adoptar reformas compatibles con las realidades nacionales.

En el diseño del sistema, la estrategia del fondo único nacional y la dirección colegiada del sistema ofrecen alternativas interesantes que garantizarían, de un lado principalmente el logro de la solidaridad y la eficiencia del sistema en su conjunto, y del otro la concertación para su funcionamiento. Por otra parte, la descentralización del sector público y la participación de las

comunidades en la dirección y administración del sector también permiten un compromiso institucional y ciudadano importante, además de propiciar la redistribución del gasto público en favor de los más pobres y en busca de su mayor eficacia.

En este mismo sentido las medidas adoptadas por la Ley 100 en relación con la contención de costos y la selección adversa merecen ser tenidas en cuenta para controlar los fenómenos más importantes de los mercados de seguros. Muy especialmente, la fijación de la unidad de pago por capitación teniendo en cuenta las edades de los beneficiarios, los perfiles epidemiológicos y los costos de los servicios, junto con otras medidas más específicas, garantiza la afiliación de quien quiera ingresar al sistema e incentiva el control de costos por parte de las aseguradoras y en forma complementaria, de acuerdo con la fijación de los co-pagos y las formas de pago, también promueve una racionalización por parte de hospitales, médicos y pacientes.

Pero también es conveniente consultar algunos problemas que enseña la reforma colombiana. En especial, es importante medir muy bien las ambiciones en relación con la cobertura de población y de los servicios prestados; en el caso colombiano ambas metas se definieron en principio en su nivel más alto y esto puede ocasionar una gran frustración. Adicionalmente, la realidad del país debe ser muy bien caracterizada y distinguir diferenciaciones que lleven a formular un sistema flexible que acepte las características regionales para buscar mecanismos alternativos que conduzcan en conjunto al logro de las metas (Restrepo, 1996). Por último, es necesario diseñar mecanismos de monitoreo y seguimiento del Sistema, de manera que se conozca qué pasa realmente con la cobertura, la situación de la salud de la población y la calidad de los servicios.

3.1.3 Los sistemas de salud en la OECD: alcances y orientaciones de reforma

Los países pertenecientes a la Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo, OECD, constituyen otro marco de comparación con el sistema de salud mexicano. Es importante tener en cuenta la reciente incorporación de México a la Organización, así como la firma del Tratado de Libre Comercio, TLC, con dos de sus miembros más sobresalientes, Estados Unidos y Canadá, de manera que una mirada sobre los sistemas de salud de estos países ofrece

el conocimiento de experiencias exitosas y llama la atención sobre puntos críticos para orientar la reforma.

Un aspecto importante a tener en cuenta al efectuar esta comparación se refiere al hecho de que en general y al menos de manera virtual toda la población de estos países se encuentra protegida por sus sistemas de salud, presentándose algunas diferencias sobre medición de las coberturas y los contenidos de los planes de beneficios. Además, predomina el papel del sector público como productor o proveedor de servicios, eliminando en general los fenómenos de selección adversa y reduciendo en forma importante el alcance del seguro privado.

En relación con el financiamiento y operación de los sistemas, sobresale la conformación de un modelo público por contrato, captando el grueso de los recursos a través de los impuestos generales o de los impuestos sobre la nómina, y con la utilización creciente del sistema de capitación y la práctica de la libre elección en una proporción significativa de los servicios, generalmente las consultas de los médicos de familia. En otros casos, en los cuales se presenta una mayor complejidad, se emplean formas de pago referidas al acto médico o el salario (consultas de especialista) y a los presupuestos globales prospectivos (hospitalización).

Una excepción muy importante sobre el comportamiento de los países de la OECD son los Estados Unidos, en donde subsisten problemas serios de desigualdad (un 14% de la población carece de protección; Donaldson, Díaz-Muñoz, 1994) y se presenta un sistema dominado en buena medida por el seguro médico privado, con graves consecuencias sobre la selección de riesgos, la escalada de costos y el sobreconsumo de servicios.

Los sistemas de salud de los demás países también presentan dificultades. En general, un análisis sobre el gasto en salud realizado comprueba la idea de que la atención de la salud se comporta como un bien de lujo, con una elasticidad-ingreso entre 1.18 y 1.36 (Donaldson, 1992:169). De este modo, el gasto en salud representa una proporción creciente del producto nacional bruto, PNB, y entonces la principal preocupación está referida a la contención de costos y a la determinación del tamaño adecuado del gasto.

Haciendo una mirada rápida sobre los principales sistemas, se destaca en primer lugar, El Reino Unido. En este caso se presenta un pagador único, con un fondo central que remunera directamente al médico familiar basado en

el número de pacientes que éste cubre y en forma independiente del número de servicios que desarrolla. El médico de familia no es un empleado directo del gobierno, pero todos sus ingresos provienen de los pagos efectuados por el Servicio Nacional de Salud, SNS. Los hospitales generalmente son financiados por el SNS en forma directa. En las reformas recientes, se busca que los hospitales compitan entre sí por pacientes y desarrollen ciertos servicios de especialistas, mientras se quiere otorgar a los pacientes la opción de comprar planes complementarios que les ofrezcan acceso a hospitales de mejor calidad, con listas de espera más cortas para ciertas consultas de especialista, y otras ventajas adicionales.

La principal ventaja del sistema británico se refiere a la eficiencia proveniente del hecho de que los presupuestos son prefijados de acuerdo con pagos por capitación, presionando a los proveedores a operar con costos mínimos y a limitar los servicios a los beneficios más necesarios desde el punto de vista médico. De todos modos, es importante reconocer que mientras esto mantiene un gasto total relativamente bajo, la calidad de los servicios también tiende a ser más baja.

En segundo lugar, el sistema canadiense también tiene un plan de seguro nacional con pagador único. Sin embargo, a diferencia del sistema británico, en Canadá los proveedores son remunerados directamente por los servicios que ellos prestan a los pacientes. Los hospitales generalmente tienen presupuestos globales que son negociados con las autoridades locales, y ellos operan en forma privada aunque se trata de organizaciones sin fin de lucro. El plan de seguro de salud es universal y entonces se financia directamente de ingresos federales y provinciales.

Mientras el sistema canadiense ofrece más opciones para los pacientes y una calidad mayor de los servicios, definitivamente es más costoso que el sistema británico. Los médicos reciben un ingreso más alto si ellos tratan a más pacientes y desarrollan servicios más costosos. Por otra parte, los hospitales tienen un incentivo para limitar el acceso debido a que su presupuesto es fijo y generalmente no son compensados por costos no esperados.

En tercer lugar, el caso alemán ofrece un sistema alternativo, así como el desarrollado por otros países del norte de Europa con diferentes sistemas de seguro de salud que suministran atención a la población cubierta. En el sistema alemán, los trabajadores se afilian a fondos sin fin de lucro (*sickness funds*)

que proveen una variedad de servicios de salud a través de proveedores privados. Los fondos se financian con un porcentaje fijo del salario y entonces los trabajadores más ricos tienden a subsidiar a los más pobres. Sin embargo, los individuos de ingreso más alto no están obligados a afiliarse a los fondos, y a cambio pueden comprar seguros privados mediante el pago de una prima fija.

Mientras el sistema alemán ofrece elección en el tipo de médico, el asegurado tiene muy poca o ninguna capacidad de elegir el fondo. Entonces, estos fondos tienen muy poco incentivo para operar eficientemente y controlar los costos. Como en Canadá, los costos tienden a crecer a medida que el público tiene poco incentivo para controlar su demanda. El sistema holandés ha propuesto una alternativa que permitiría a la población elegir entre aseguradores en términos de los servicios ofrecidos. Por último, el sistema de Dinamarca usa co-pagos para controlar la demanda por los servicios no necesarios.

3.2 Propuestas nacionales: IMSS, SSA, FUNSALUD

3.2.1 Reforma en el IMSS¹⁶

El 12 de diciembre de 1995 el H. Congreso de la Unión decretó la nueva Ley del Seguro Social mediante la cual se establecen cambios trascendentales al régimen de seguridad social administrado por el IMSS. En el ramo de enfermedades y maternidad la Ley señala las bases de una nueva estructura de financiamiento que comenzará a operar en 1997 y alcanzará su desarrollo pleno durante los diez años siguientes.

La propuesta gubernamental aprobada por el Congreso toma en cuenta tres principios básicos: la separación definitiva de los fondos de salud de modo que los servicios sean autofinanciables y no se requiera recurrir de nuevo a otros fondos; la separación del financiamiento de las prestaciones en dinero y las prestaciones en especie; y, realizar "cambios de fondo" sin aumentar las cuotas.

La estrategia para lograr estos propósitos, que pueden sintetizarse en el aumento de los ingresos para lograr el equilibrio financiero sin imponer nuevas

cargas sobre patrones y trabajadores, está determinada por un cambio en la composición de las cuotas (que ahora es del 12.5% del salario, y el aporte total es distribuido entre el patrón, el trabajador y el Estado en 70%, 25%, y 5%, respectivamente), del siguiente modo:

- Cuota fija gubernamental de \$ 84 mensuales por cada asegurado, a precios de enero de 1996, la cual deberá actualizarse conforme al índice de precios al consumidor.¹⁷
- Cuota fija patronal de \$ 84 mensuales por cada asegurado, con una actualización de acuerdo a los incrementos del salario mínimo.
- Cuota obrero-patronal. Para los salarios superiores a los 3 salarios mínimos el patrón aportará el 6% del salario base de cotización, descontando de éste los 3 salarios mínimos iniciales, y el trabajador el 2%.

Las anteriores corresponden a las cuotas para financiar las prestaciones en especie. Las prestaciones en dinero, por su parte, serán financiadas con el 1% del salario y la contribución correspondiente será asumida por el patrón, el trabajador y el gobierno, en la misma forma en que se hacía anteriormente con el aporte total del 12.5%.

Para analizar los efectos que traerá la adopción del nuevo esquema de financiamiento se ha considerado una comparación entre los aportes efectuados actualmente para cada nivel de salario por el patrón, el gobierno y el trabajador, y los aportes que resultaran de aplicar el nuevo esquema. Es importante advertir que se trata de un análisis estático y en tal sentido no se tiene en cuenta la gradualidad de la transformación.

Los resultados de este ejercicio sugieren, en primer lugar, que el nuevo esquema de financiamiento produce en general una desgravación salarial importante. Excepto para las personas y empresas que afilian a trabajadores con un salario inferior a 2.42 salarios mínimos (unos \$ 1,480.87), la contribución efectiva (sumadas la correspondiente a las prestaciones en dinero y la de las prestaciones en especie) se encuentra por debajo del 12.5% que corresponde en la actualidad, y a partir de los 2.42 salarios se produce una

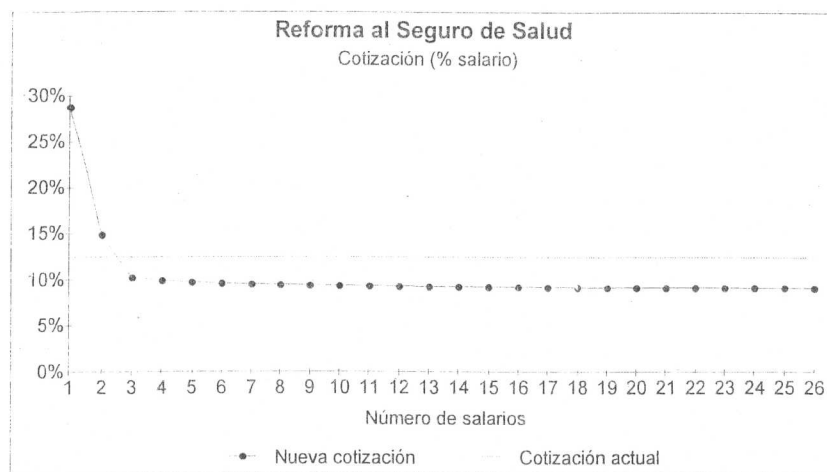
¹⁷ Esta cuota también se destina para las familias que sin tener contrato de trabajo quieran asegurarse.

disminución gradual en la contribución, la cual finalmente se ubica en alrededor del 9% (Gráfico 4).

Resulta preocupante que para los salarios inferiores a los 2.42 salarios mínimos, se produzca un aumento de la contribución, llamando este hecho la atención acerca del impacto que traería la reforma sobre las empresas más pequeñas, y muy especialmente sobre los costos de la nómina y sobre la afiliación a la seguridad social de la población trabajadora correspondiente a estos niveles de salario. Aunque no se posee información sobre el número de empleados para cada nivel de salario, lo cual permitiría formular conclusiones acerca del impacto del cambio en la contribución, sobre el nivel de empleo, resulta importante recordar que:

“la Encuesta Nacional de Empleo Urbano del INEGI concluyó que apenas 2.6 por ciento de los trabajadores que cotizan entre uno y tres salarios mínimos percibía un solo salario mínimo, mientras que en las cotizaciones al IMSS, 19 por ciento de los trabajadores de este rango declaraba dicho nivel de percepciones” (SSA, 1996:12).

Gráfico 4

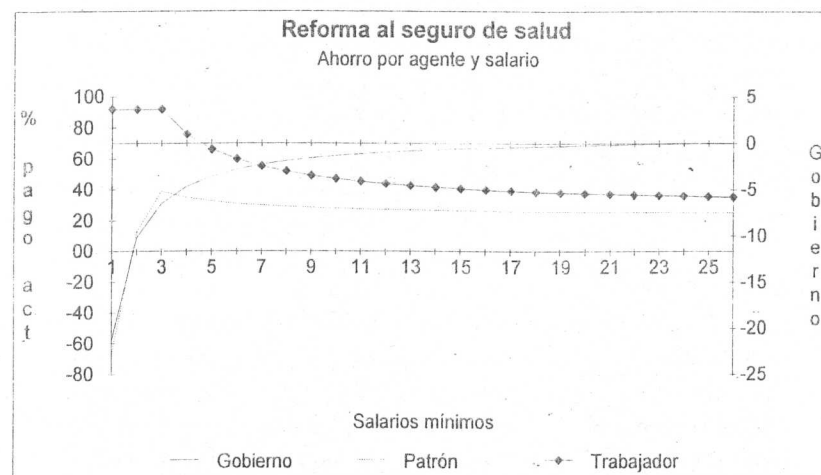


En segundo lugar, la desgravación salarial es más pronunciada para los trabajadores. Para los tres primeros salarios su aporte se reduce en un 92% ya que solamente deben contribuir con el 25% del aporte relativo a las contribuciones en dinero (esto significa el pago mensual de unos \$ 2, \$ 3, y \$ 5 por parte de quienes ganan uno, dos y tres salarios mínimos, respectivamente, mientras actualmente los mismos trabajadores deben contribuir con \$ 19, \$ 38 y \$ 57 (Gráfico 4). A partir del cuarto salario el aporte de los trabajadores aumenta gradualmente al tiempo que el ahorro obtenido por los cambios en las cuotas se reduce. En el cuarto salario el trabajador obtiene un ahorro del 76% con respecto a la contribución actual, y en los 26 salarios el ahorro es del 35%.

En tercer lugar, el efecto para las empresas depende de la distribución de los salarios. Las empresas que pagan entre uno y poco menos de dos salarios deben hacer un esfuerzo muy significativo. Para quienes pagan un salario, el aumento en el aporte patronal por cada salario se incrementa en 67% y el equilibrio con el régimen actual se obtiene en los 1.7 salarios (\$ 1.043), a partir de cuyo nivel se genera un ahorro para las empresas que es más importante en los 3 salarios (39%) y posteriormente se reduce gradualmente hasta el 25% en los 26 salarios (Gráfico 5). Como puede verse, existirían dificultades para contratar personal por debajo de los 1.7 salarios, o al menos existiría una carga importante para propiciar su afiliación a la seguridad social.¹⁸

¹⁸ Hipóticamente podría señalarse, en el marco de la teoría sobre la incidencia fiscal, que los patrones trasladarían esta carga sobre la nómina, mediante una disminución del salario.

Gráfico 5

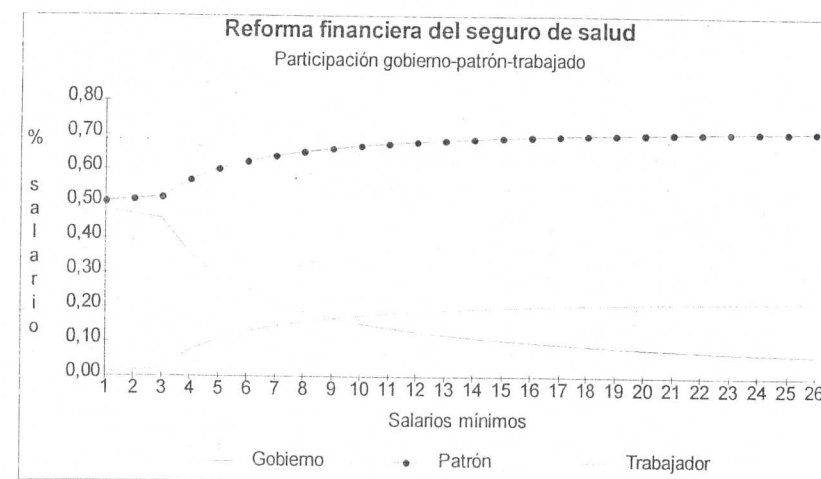


Y en cuarto lugar, el gobierno realiza un esfuerzo importante con su aporte fijo de \$ 84 mensuales por afiliado. Este aporte es muy significativo en los tres primeros salarios y desciende a partir del cuarto salario cuando se recupera el aporte proporcional obrero-patronal, y solamente después de los 25 salarios se obtiene una disminución en su aporte en comparación con lo que sucede actualmente (Gráfico 5). Como se reconoce oficialmente, “esta propuesta implica que el gobierno incrementará su aportación a este ramo en casi siete veces más de lo que actualmente destina” (IMSS, 1996).

En síntesis, el nuevo esquema adoptado para el ramo de seguros de enfermedades y maternidad en el IMSS constituye esencialmente una modificación en las participaciones de sus tres fuentes de financiamiento y en principio no parece claro que se produzca un aumento de recursos. Esta afirmación merece ser explorada con detalle por cuanto la propuesta del gobierno ha sido la de realizar cambios de fondo que garanticen suficiencia permanente, y si bien en términos generales se cumple el propósito de no elevar las contribuciones, a nivel más específico aparecen efectos diferenciados por nivel salarial y es preocupante la carga fiscal que establece la reforma.

Las empresas, que antes pagaban el 70% del aporte total inician en un poco más del 50% y crecen hasta ubicarse nuevamente en un nivel cercano al actual; los trabajadores, con una participación muy baja para quienes ganan entre 1 y 3 salarios, inician con un aporte aproximado de 8% en los 4 salarios y sube lentamente hasta alcanzar una participación del 22%, inferior al 25% actual; y el gobierno, que antes aportaba el 5% del total, en el nuevo esquema comienza a contribuir con un poco menos del 50%, después del tercer salario desciende por debajo del 40% y luego desciende más lentamente hasta ubicarse en un 6% en los 25 salarios. El balance de estos cambios da cuenta, entonces, de un aumento considerable en los aportes del gobierno, de una disminución en los aportes de los trabajadores y de efectos contrarios en las empresas, aunque predomina una disminución en los aportes cuando se trata de salarios superiores (Gráfico 6).

Gráfico 6



Lo anterior llama la atención además cuando uno de los propósitos de la reforma es el de aumentar la cobertura del seguro, pero en la práctica se estarían aumentando los costos laborales de muchos sectores informales y empresas

pequeñas. Además, el anunciado seguro médico familiar sería ofrecido a un monto fijo de \$ 135 mensuales, cifra que resulta elevada para el sector informal y personas de ingresos bajos y reproduciendo también desigualdades ya que costaría lo mismo para todos los que quieran adquirirlo.

3.2.2 La propuesta de la Secretaría de Salud

Luego de varios antecedentes, con los cuales se intentaban fijar los lineamientos para la reforma del sistema de salud, el Plan de Desarrollo 1995-2000 estableció como prioridades de la reforma el mejoramiento de la calidad de los servicios a través de los cambios institucionales, y la ampliación de la cobertura por medio de federalización.

Una de las políticas del Plan de Desarrollo, la de Desarrollo Social, tiene como objetivo fundamental combatir la pobreza. Este objetivo es visto de una manera integral, conformado al menos por los siguientes propósitos más específicos: propiciar igualdad de oportunidades y de condiciones, aumentar los niveles de bienestar y calidad de vida, y disminuir la pobreza y la exclusión social.

En este marco, la salud hace parte de la estrategia de ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios básicos. El enfoque dado a las propuestas sobre salud es eminentemente institucional, con un gran énfasis en la descentralización, sin que se haga explícito en el Plan la vinculación de la seguridad social con la propuesta, y tampoco se presenta una visión sobre la nueva combinación de lo público y lo privado.

A partir de los propósitos consignados en el Plan, la SSA elaboró el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, con los siguientes objetivos: ampliar la cobertura de la seguridad social, incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta, concluir el proceso de descentralización de los servicios a la población abierta, y otorgar servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta.

La falta de acceso a los servicios de salud pretende ser corregida mediante la incorporación creciente de la población de la economía informal a la seguridad social, y la aplicación de un paquete básico de servicios de salud para las poblaciones de las zonas rurales y dispersas, y las zonas urbanas

marginadas. Este propósito requiere a su vez fortalecer y complementar los servicios de salud en los estados, y la participación comunitaria en los municipios. La ampliación de la seguridad social, por su parte, se basaría en una modificación del esquema de afiliación, reduciendo las participaciones de los patrones y de los trabajadores, y aumentando la del gobierno.

Por otra parte, para mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de servicios de la seguridad social, en el Programa se contemplan cambios en el primer nivel de atención, específicamente la libre elección de los usuarios en relación con el médico que habrá de atenderlos.

Por último, en relación con el esquema institucional del sector, en el Programa se mantiene el pluralismo y se trata en forma separada a la población de la seguridad social y a la denominada población abierta.

“El cambio de orientación del modelo persigue la ampliación de la seguridad social para que cubra, en el largo, plazo, a toda la población con posibilidades de acceder a ella, es decir, la población urbana de ingresos medios, bajo un esquema de menores aportaciones de los usuarios y mayor financiamiento de fondos generales (...) Por su parte, la descentralización e integración de los servicios de atención a población abierta permitirá la formación de sistemas estatales de salud que atiendan a la población urbana de más bajos ingresos y a la población rural a través de programas focalizados” (SSA, 1996:20).

3.2.3 La propuesta de FUNSALUD

La Fundación Mexicana para la Salud, FUNSALUD, un instituto privado sin afán de lucro, hizo un estudio comprensivo del sistema de salud mexicano con el propósito de hacer una propuesta para la reforma del mismo. Esta propuesta, que cuenta con el patrocinio del sector privado y de las aseguradoras privadas, es parecida al nuevo sistema de salud colombiano y trata de incorporar el sector privado en la estructura existente de la seguridad social.

La propuesta de FUNSALUD establece un paquete mínimo de servicios de salud que recibiría toda la población. La población que no está cubierta por la seguridad social o un plan privado, sería gradualmente incorporada a un programa de seguro de salud con subsidio para los pobres. El seguro puede

ser provisto por organizaciones existentes, como el IMSS o a través de nuevas instituciones descentralizadas.

La propuesta también contempla un cambio en la organización de los proveedores de servicios de salud. Actualmente, los proveedores trabajan directamente para las distintas agencias de financiamiento (IMSS, ISSSTE, SSA, etc.) y los pacientes tienen muy poca elección sobre el proveedor. Para FUNSALUD, La SSA debería convertirse, esencialmente, en una agencia de coordinación y regulación, y el IMSS se comportaría fundamentalmente como financiador de la atención de salud. La población urbana se afiliaría mediante una organización conocida como Organización Promotora de Salud, PROSALUD, la cual recibiría por parte de los financiadores un pago de capitación ajustado por el riesgo. La atención de la salud sería provista por un número de instituciones competitivas, con libre elección por parte del paciente, y el pago lo efectuaría la PROSALUD. En las áreas rurales, una agencia única conocida como Organización Solidaria de Salud, SOLSALUD, financiaría y proveería los servicios, y ella podría ser pública o privada y operaría en áreas donde la infraestructura no es suficiente para soportar la competencia.

En la propuesta de FUNSALUD, los recursos gubernamentales serían canalizados para los subsidios a la demanda en lugar de seguir entregándolos directamente a los proveedores en la forma de subsidios a la oferta. Los subsidios a la demanda reflejarían las necesidades y los deseos de la población y serían administrados por los gobiernos locales.

Mientras la propuesta de FUNSALUD le da atención a la provisión de servicios más equitativa, no es claro qué costo tendrá para el país. Con un presupuesto público actualmente muy restringido, es improbable que existan suficientes recursos para financiar un ambicioso plan que requeriría un gasto creciente (en la forma de subsidios) sobre la población no cubierta, mientras que probablemente no se reduciría el gasto sobre la población asegurada. Suponiendo incluso la finalización de la crisis económica a la que se vió sometida el país desde 1994, es claro que el gobierno necesitará continuar con su programa de austeridad. De otro modo, bajo la situación actual, resulta muy difícil que los proveedores de servicios de salud empleados por el gobierno, a través de la SSA, IMSS, o los otros proveedores, acuerden competir con el sector privado.

Conclusiones

Los avances obtenidos en México en materia de esperanza de vida y, en general, del conjunto de indicadores que dan cuenta del estado de salud de su población, permiten advertir la existencia de una dualidad entre las mejoras sustanciales logradas por grupos humanos que resultan entonces privilegiados, con una vida más prolongada y con una mayor atención de sus enfermedades, y los rezagos persistentes en la situación de otros grupos que aparecen como desprotegidos y soportan la mayor parte de la carga de la enfermedad que puede ser prevenida o intervenida a costos bajos.

La falta de acceso a la atención básica de salud es una consecuencia de varios factores; pero es importante resaltar el papel de las instituciones en la generación de este fenómeno, de manera que por su ineficiencia se propicia una mayor desigualdad entre la población, profundizando los niveles de exclusión para los grupos de menores recursos. La manera como se ha estructurado el sistema de salud en México, así como las propuestas de reforma que se vienen discutiendo a nivel nacional, no sugieren un cambio fundamental en esta situación.

Los problemas esenciales que es necesario enfrentar para lograr la universalidad en la atención y garantizar el mayor impacto de la misma sobre la situación de salud de la población, tiene que ver con la insuficiencia de recursos, la desigualdad y la ineficiencia. En el primer caso, la crisis económica constituye una amenaza bastante seria para financiar la atención de la salud a toda la población, asunto que resulta agravado por el aumento del desempleo, la caída del salario real y la inflación. Como generar recursos para el sector salud, constituye así el principal reto para mantener y mejorar la salud de la población en el nuevo milenio, y esto puede verse en términos estrictamente cuantitativos, acerca de nuevas fuentes de recursos y del aumento de las existentes, pero también puede ser visto como un mejoramiento o cambio cualitativo de las finanzas del sector, facilitando su mejor aplicación.

Inequidad o desigualdad en salud puede ser vista de diversas maneras, todas ellas concretadas en una situación de salud diferente entre la población, así como en un acceso y una utilización de los servicios igualmente distintos. El asunto más preocupante está referido a la conformación de la seguridad social como un "bien club", lo cual es característico de los países en desarrollo.

La existencia del IMSS, el ISSSTE y los otros organismos que brindan protección integral a grupos más reducidos de la población, constituyen también una barrera importante para extender la cobertura de la seguridad social en salud debido a sus costos altos.

Por último, la ineficiencia puede ser analizada en términos macroeconómicos y a un nivel microeconómico o de las distintas instituciones y agentes que hacen parte del sistema. A nivel general, los recursos empleados por el sector merecen una evaluación en términos de costo-beneficio o costo-efectividad; igualmente, una sumatoria de los recursos disponibles, principalmente los más especializados, permite sugerir la presencia de ineficiencia al no tener en cuenta las economías de escala y ofrecer los mismos servicios de varias instituciones en un área geográfica relativamente pequeña. Al considerar la ineficiencia en el plano microeconómico, es necesario examinar el verdadero papel del sector privado, tanto del lado de la oferta como del lado de la demanda, y estudiar fenómenos como la demanda inducida.

Las soluciones propuestas a la problemática del sector salud, a nivel oficial, están centradas en los cambios a la estructura financiera del seguro de enfermedades y maternidad del IMSS, a la adopción de la libre elección por parte del usuario en el primer nivel de atención, a la descentralización de los servicios a la población abierta, y a la oferta de un paquete básico de servicios. Estas propuestas están contenidas en el Programa de Reforma Sectorial presentado recientemente por el Poder Ejecutivo Federal y en el cual se recogen los trabajos adelantados en el IMSS, y en buena parte los de FUNSALUD. Sin embargo, este Programa no ofrece una clara articulación entre los diversos componentes del sector y tampoco responde rigurosamente a los problemas más críticos.

El punto más débil en el Programa oficial, que invalidaría su pretensión de reforma, se refiere al hecho de que no tiene en cuenta la totalidad de organismos y agentes que conforman el sector, y solamente toma al IMSS y a la SSA como objetivo de reformas que tampoco resultan integrales al interior de cada organismo. Es así como la intención de procurar la sostenibilidad financiera del primero, en el ramo de salud, no parece viable y, más bien, de producirse los cambios establecidos es posible agudizar la crisis financiera del organismo. Resulta además anacrónico disponer un aumento

desproporcionado del aporte gubernamental al IMSS, generando con ello una mayor desigualdad en relación con la población no cubierta.

Otro asunto que no parece viable y que constituye buena parte de los argumentos para ampliar la cobertura de la seguridad social, se refiere a la incorporación de la población informal e independiente mediante un seguro médico familiar que, en términos comparativos, resulta costoso y poco atractivo. Además, es paradójico que se argumente una disminución de la cotización media, mientras los salarios más bajos reciben las mayores cargas por efectos de las cuotas fijas gubernamental y patronal que hacen parte de la nueva estructura.

La reforma en la SSA tiene un fuerte énfasis en la descentralización, y aunque se anuncia el establecimiento de un paquete básico o esencial, no hay referencias concretas acerca de sus costos y de la viabilidad de que se produzca la descentralización. Es cuestionable que mientras la eficiencia es vista en el sector de la seguridad social, concretamente en el IMSS, en términos de la libre elección del médico, en este caso se refiera exclusivamente a la descentralización, sin que existan tampoco propuestas sobre mecanismos de pago y la eficiencia de hospitales.

En este contexto, la experiencia internacional ofrece algunas enseñanzas que pueden ser tenidas en cuenta en el caso mexicano, tanto a partir del planteamiento de las reformas como de la práctica de las mismas. La principal constante se refiere a la permanencia del sector público como director del sistema, pero también como agente depositario de un propósito nacional: el alcance de la cobertura universal. Ciertamente, es importante hacer ajustes al interior del sector público para que sea posible su modernización y el alcance de la eficiencia, lo cual no puede ser exclusivo del sector privado. En este sentido, los países de la OECD ofrecen un esquema interesante en el que se mantiene el financiamiento público con la posibilidad de adicionar recursos privados para demandar servicios de mejor calidad y más complejos, con la participación del sector privado en la provisión, la adopción del mecanismo de pago y de transferencias a hospitales y proveedores y la libre elección.

El caso colombiano ofrece una visión integral de la reforma al tratarse de la creación del sistema general de seguridad social en salud, el cual involucra a todas las entidades públicas y privadas, con la excepción de la medicina prepagada de naturaleza privada y algunos grupos de población. Las

potencialidades de este sistema se encuentran en la conformación de un fondo único nacional y una dirección general del sistema, con libre elección de la entidad administradora del plan obligatorio para toda la población, así como del proveedor de los servicios. Por supuesto, el sistema apenas comienza y tiene algunas dificultades, pero es digno de ser considerado en esta mirada internacional en busca de enseñanzas.

Por último, el sistema chileno permite apreciar los incentivos que pueden concederse dentro del sector público, en relación con la productividad y con la utilización de servicios privados. Igualmente, la figura del estado subsidiario, particularmente en los programas de atención a la población más pobre y vulnerable, a pesar de tratarse de un país con una configuración territorial diferente, también ofrece oportunidades para considerar la reforma mexicana.

Bibliografía

- Arrow, Kenneth. *La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas*.
- Banco Mundial (1987). *Financing health care in developing countries*. Washington, D.C.
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial: invertir en salud*. Washington, D.C.
- Barr, Nicholas. *The economics of the welfare state*. 2a. ed. Londres, Weidenfield and Nicolson, 1993.
- Bloom, E. (1995). "Health and health care in Mexico". Documentos de Trabajo - División de Economía, núm. 42, México: CIDE.
- Donaldson, Cam and Karen Gerard. *Economics of health care financing: the visible hand*, 1994.
- FUNSALUD, Fundación Mexicana para la Salud (1995). *Economía y Salud. informe final*. México D.F.
- FUNSALUD (1994). "Las cuentas nacionales de salud y el financiamiento de los servicios". *Economía y Salud: documentos para el análisis y la convergencia*, núm. 7, México, D.F.
- FUNSALUD (1994a). *Calidad...*
- FUNSALUD (1994b) *Demanda y oferta de servicios : obstáculos a la mejoría del sistema de salud en México. Economía y Salud : documentos para el análisis y la convergencia*, núm. 6, México, D.F.
- Gómez de León, José (Coordinador), 1995. *La demanda de servicios de salud en México*. México, D.F., CONAPO.
- Griffin, Charles (1988). *User charges for health care in principle and practice*. Economic Development Institute of the World Bank (Edi seminar paper, number 37), Washington
- Instituto Mexicano del Seguro Social, (1994). *Ley del Seguro Social. versión ilustrada*. México D.F.
- Mesa-Lago Carmelo. "La seguridad social en América Latina".
- Mushkin, Selma (1992). "La Salud como inversión". En : White, Kerr (ed. principal). *Investigaciones sobre servicios de salud : una antología*. Washington, OPS-OMS, pp. 265-288.

- Narro Robles, José (1993). *La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI*. Una visión de la modernización de México. Fondo de Cultura Económica, México D.F.
- Redorta, Esthela (1993). "Reestructuración de los servicios de salud: cambio de la mezcla público-privada". *Documento de trabajo 13 - Administración Pública*. México D.F., CIDE.
- Redorta, Esthela (1995). "Financiamiento y prestación de servicios públicos de salud en México en un contexto de reestructuración e innovación". *Documento de trabajo 29 - Administración Pública*. México D.F., CIDE.
- República de Chile. Ministerio de Salud. "Reforma del sector salud". Reunión especial sobre reforma sectorial OMS/OPS. Santiago de Chile, septiembre de 1995.
- República de Colombia. Ministerio de Salud. *El sector salud en Colombia: pasado, presente y futuro*. Documento para la reunión especial sobre reforma del sector salud, Washington, septiembre 29 y 30 de 1995.
- Restrepo, Jairo H. (1995). "Teoría y casos acerca del financiamiento de la salud". México.
- Restrepo, Jairo H. (1996). "Implementación del sistema general de seguridad social en salud en Colombia". México, D.F., tesis de maestría, FLACSO.
- Restrepo, Jairo H. (1996a). "Nueva estructura financiera en el IMSS". *Momento Económico* 85. UNAM-IIEC, pp. 18-23.
- Secretaría de Salud (1994). Estudio cualitativo de la Encuesta Nacional de Salud II. Resultados preliminares de la información de proveedores de servicios, mimeografiado, SSA, México, julio de 1994.
- Secretaría de Salud (1994a). "Indicadores de salud: Resultados de los programas nacionales". *Cuadernos de Salud. Información en Salud*. núm. 2, México, D.F.
- Secretaría de Salud (1994b). "Cobertura de los servicios de salud: el reto de la equidad". *Cuadernos de Salud. Organización y Funcionamiento* 5. México, D.F.
- Secretaría de Salud. (1995). "La reforma en salud: mejorar la salud de los mexicanos". *Cuadernos de salud. Organización y funcionamiento* 5. México D.F.
- Secretaría de Salud. (1996). *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*. Poder Ejecutivo Federal, México D.F.

- Soberón, G., J. Kumate, J. Laguna, comps. (1988). *La salud en México. Testimonios 1988*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Stiglitz, Joseph. *La economía del sector público*. Barcelona, Antoni Bosch, 1988.
- América Latina y el Caribe. Desafíos para la década de los noventa". Washington, OPS-OMS, 1995 (versión: julio 15 1995).
- Valdés, C. (1978). "Apuntes sobre el financiamiento de la salud en México". *Revista de Salud Pública de México*, vol 30, núm 6, noviembre-diciembre.
- Vieira, César (1994). "Reforma sectorial y equidad en salud". Seminario sobre reforma sectorial en salud, Buenos Aires, marzo 14-16.

La reforma del sistema de pensiones y el ahorro interno

Juan Arancibia Córdova

Presentación

Este trabajo tiene como objetivo analizar a un nivel cualitativo el probable impacto que la reforma del sistema de pensiones, pudiera tener en la generación de ahorro interno.

En la crisis económica que México comenzó a sufrir hacia finales de 1994, un elemento catalizador y agravante del proceso fue la fuga de capital especulativo o "golondrino" (llamarle así es por lo demás una injusticia con esos simpáticos migrantes), en el cual descansaba el equilibrio de la balanza de pagos del país y el valor del peso. Dicho capital decidió abandonar apresuradamente el barco mexicano ante los asesinatos políticos en el seno del poder, la aparición de la guerrilla y el creciente convencimiento de la existencia de una significativa sobrevaluación del peso frente al dólar.

Inicialmente los inversionistas extranjeros fueron acusados de la fuga de capital y de haber precipitado la crisis, con posterioridad hubo versiones en el sentido de que la mayoría del capital fugado pertenecía a mexicanos. Esta cuestión es en realidad poco importante, el capital especulativo no tiene patria y se comporta como tal cualquiera sea el pasaporte de sus propietarios, él no puede traicionar su ser y actuar en contra de su lógica esencial de valoración espúrea, ese capital busca ganancias extraordinarias y escapa ante el menor riesgo. El gran error del gobierno mexicano no fue de diciembre o algún otro mes, sino de haber hecho descansar la estabilidad de la economía en un soporte por definición inestable, que en realidad es todo lo contrario de un soporte; el gobierno de Salinas puso los cimientos del edificio de la economía en arenas movedizas y nos hizo y nos sigue haciendo pagar a todos por su error.

Esta experiencia y otras, aunadas al sentido común han transformado al ahorro interno en el gran tema económico de nuestro tiempo, incluso hay planteamientos que proponen al ahorro interno como un asunto de seguridad nacional. Esa percepción no es descabellada, entrados en una crisis de la magnitud de la mexicana, fue necesario dejar en garantía de pago de los préstamos las facturas de la venta de petróleo. Más allá de este hecho que conmueve las conciencias, la dependencia del ahorro externo condiciona en alto grado las decisiones de política económica y nos somete a las presiones y las necesidades de los organismos financieros internacionales, de la banca privada transnacional y lo que es más grave de los especuladores y transforma nuestras economías en "casinos de juego".

Pero hay otra cuestión adicional, los gobiernos están optando por generar esta fuente de ahorro interno de largo plazo, obligatorio, a través de la reforma del sistema de pensiones y la capitalización individual de las cuentas, al hacer esto están reconociendo la incapacidad del sector privado empresarial para acometer esta tarea que les es privativa y para la cual se ha concentrado radicalmente el ingreso nacional y se les ha transferido importantes segmentos de riqueza nacional a través de la privatizaciones.

Esta incapacidad que hasta ahora se ha mostrado, obliga necesariamente a preguntarse si la empresa privada local esta en condiciones de asumir la responsabilidad o si no sería más inteligente mantener una capacidad de ahorro estatal significativa. Por otra parte, también sería posible concluir acerca de la necesidad de una activa y estratégica política para impulsar la inversión extranjera directa, especialmente bajo la modalidad de asociación con empresarios nacionales o aún con el propio Estado.

Es conveniente reiterar que en este trabajo no intentamos hacer una evaluación de las bondades de la reforma en relación a la seguridad social misma, este aspecto merece por si mismo un estudio especial profundo y detallado.

1. Los argumentos para la reforma

En este trabajo nos ocupamos de analizar el probable impacto de la reforma del sistema de pensiones, sobre el ahorro interno de México. Este impacto tendrá oportunidad de ocurrir, por el paso de un sistema de pensiones basado

en el simple reparto, a otro de capitalización individual. La legislación aprobada establece que el sistema comenzará a operar el 1º de enero de 1997. Para administrar los fondos se han creado legalmente las Administradoras de Fondos de Retiro (AFORES).

En la justificación de la reforma se han manejado básicamente dos argumentos:

- La inviabilidad financiera del sistema de reparto, misma que ocurriría en el mediano plazo, y que obligaría a un subsidio creciente al sistema, y
- La necesidad de contar con una masa de ahorro interno de:

"carácter permanente, creciente y acumulativo, de largo plazo(...) Que se ha carecido de una fuente de recursos internos estable, y de magnitud importante, para financiar en términos más rentables la inversión productiva, y en especial, aquella que requiere periodos largos de maduración... la contribución que este esquema de ahorro puede tener para la reactivación económica que tanto requiere nuestro país, ya que los recursos podrían canalizarse, de manera sana, a la generación de empleo directo permanente y mejor remunerado, a impulsar la construcción de vivienda e infraestructura básica, al desarrollo regional"¹

Valdría la pena destacar que en el caso mexicano, a diferencia de otras experiencias en el continente, la comunicación gubernamental ha puesto mucho énfasis en la cuestión del ahorro interno y ha dejado en un plano secundario las mejoras que pudieran ocurrir en lo relativo a la seguridad social misma y en particular, al esquema de pensiones. Este énfasis no es sorprendente pues el país está todavía inmerso en una profunda crisis, misma que alcanzó niveles dramáticos por la intensa dependencia de los recursos financieros externos, de corto plazo y fuertemente especulativos. Esos recursos se retiraron a raíz de los conflictos políticos que el país vivió a lo largo de 1994, especialmente por la luchas internas en el gobierno y el Partido Revolucionario Institucional

¹ Ley de las AFORES págs. 17 y 18.

(PRI), que desembocaron en los ya conocidos asesinatos políticos, por cierto todavía no resueltos.

2. Ahorro interno e inversión en México

Dada la importancia que el gobierno actual ha conferido a la vinculación, eventualmente existente, entre ahorro interno y reforma del sistema de pensiones, hacia uno de capitalización individual, que pueda transformar las cuotas de los afiliados, pagadas por trabajadores y patronos, en un ahorro real de largo plazo, es conveniente ver y analizar que ha pasado con el ahorro interno y con otras variables macroeconómicas que están vinculadas con él, en los años recientes.

CUADRO N° 1
México

AÑOS	1970	1980	1982	1985	1990	1991	1992	1993	1994
Coefficientes del Ahorro Interno Bruto % PIB	20.6	24.4	25.1	23.2	18.8	17.2	16.0	16.5	15.9
Coefficientes del Ahorro Nacional Bruto % PIB	19.5	21.9	20.6	19.8	16.6	15.1	13.7	13.7	13.2
Participación Ahorro Nal. Bruto en Financiamiento IIBpc %	85.1	78.1	86.5	100.4	80.6	70.1	57.4	59.3	54.4
Coefficiente Financiamiento Externo neto %INBpc	3.4	6.1	3.2	-0.1	4.0	6.4	10.2	9.4	11.0

Fuente: CEPAL, "Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe", 1995.

Varias consideraciones se pueden hacer a partir de las cifras que se muestran, así:

- Hay un claro deterioro de la capacidad de ahorro interno bruto a partir de 1982, que debe ser expresión de la recesión económica que se inicia con la llamada crisis de la deuda externa.
- El ahorro nacional bruto sigue la misma tendencia, pero situándose por debajo del interno bruto por la relación desfavorable que resulta de la remuneración neta de factores pagada al resto del mundo, léase, servicio de la deuda externa y remisión de utilidades de la inversión extranjera.
- La participación del ahorro nacional bruto en el financiamiento interno bruto se deteriora desde un 86.5% en 1982 a un 54.4% en 1994.
- Como es lógico, dado el comportamiento a la baja del ahorro interno, el coeficiente del financiamiento externo neto pasa de un 3.2% del ingreso nacional bruto en 1982 al 11.0% en 1994.

Este deterioro de la capacidad de ahorro de la economía mexicana debe ser explicada en buena medida por el servicio de la deuda externa y por un significativo deterioro de la capacidad de ahorro del sector público, pero también por un deterioro del ahorro privado.

Hay dos cuestiones que requieren un mayor trabajo cuantitativo y analítico: el por qué del fuerte grado de deterioro del ahorro privado y si es cierto que hay una relación inversa de causalidad entre el crecimiento del financiamiento externo y el deterioro del ahorro interno. No obstante lo cual, es preciso señalar que la disminución del ahorro privado se vincula a una economía en crecimiento lento y fluctuante, que incluye años de recesión, y además, al desarrollo de políticas económicas restrictivas en relación al crédito bancario. Esas restricciones del crédito estuvieron dirigidas a bajar aceleradamente la inflación y para ello se "secó" la economía, a eso se agregaron las disminuciones del gasto público y salarios reales a la baja, el resultado fue un mercado deprimido que inhibió el crecimiento y éste sólo fue

posible moderadamente por las exportaciones al alza. En las condiciones anteriores el ahorro interno fue claramente desalentado.

Pero lo anterior no fue todo, paralelamente se puso en práctica una política cambiaria que sobrevaluó el peso y se generaron tasas negativas de interés cuando hubo inflación alta o bien, tasas reales altas con inflación a la baja para atraer ahorro externo. El resultado fue que el crédito externo resultó muy atractivo, ya sea por la sobrevaluación o por las tasas altas de interés internas y aun cuando no hay pruebas concluyentes a nivel de correlaciones estadísticas, se constata que un alto ingreso de ahorro externo corre paralelo con un bajo nivel de ahorro interno, especialmente en las condiciones anotadas de sobrevaluación y altas tasas de interés real.

Por otra parte, lo anterior podría estar en la base de una explicación del por qué la violenta concentración del ingreso y la riqueza a manos del sector empresarial, no dio como resultado un crecimiento del ahorro interno. Históricamente los empresarios han planteado que no se puede redistribuir el ingreso, sin crearlo primero. Esto supone implícitamente que la concentración del ingreso y la riqueza es buena y necesaria para el ahorro y la inversión y a partir de ello, para el crecimiento de la economía y la creación de nueva riqueza. Ocurrido lo anterior estarían dadas las condiciones económicas básicas para una distribución más equitativa, por lo menos del nuevo ingreso creado.

Por otro lado, la experiencia histórica pasada y presente de países que son presentados hoy día como paradigmas a ser imitados, por ejemplo: los tigres asiáticos o China, muestra que se requieren niveles de ahorro e inversión muy superiores al 20% del PIB (lo que se tiene actualmente en México); específicamente en el caso de China estamos hablando de niveles de ahorro que oscilan alrededor del 35%, sólo a partir de esos niveles de ahorro que son correlativos a la inversión, se puede lograr un crecimiento rápido y sostenido (esto es particularmente cierto cuando el crecimiento descansa en el sector industrial). Por lo tanto, sin cambiar ese comportamiento no se puede aspirar a una mejoría sustancial en los resultados económicos del país y pasar al club del primer mundo. Aunque, además de un crecimiento rápido y sostenido deberían cumplirse otros requisitos para aspirar al desarrollo y no sólo al crecimiento económico.

3. Algunas consideraciones sobre políticas de ahorro e inversión

Un conjunto de concepciones, políticas y situaciones específicas, parecen estar por detrás de lo que ha ocurrido con el ahorro interno y la inversión en el México pos crisis de 1982.

Los responsables de la política económica en México parecen haber partido de dos concepciones teóricas en el desarrollo de sus políticas. Aunque antes es necesario señalar que en sus decisiones han estado influidos por dos situaciones contextuales: de una parte, por los condicionamientos de los organismos financieros internacionales multilaterales y la banca internacional y de la otra, como es obvio, por la situación de crisis y las prioridades por ellos definidas para superarla, es decir, han hecho elecciones con rangos limitados de libertad.

La primera concepción de arranque sería la siguiente: la inversión necesita de un fondo previo de ahorro para poder realizarse. La segunda estaría vinculada a la llamada teoría de la Represión Financiera y se partiría de la idea de que en el caso específico de México, el anterior modelo económico con rectoría del Estado e intervencionismo habría generado dicha represión.

Represión financiera sería la situación en la cual un mercado enfrenta obstáculos institucionales de política económica y administrativos (de regulación) para lograr una posición de equilibrio y dado lo anterior, se distorsiona el proceso de asignación de recursos.

Dos realidades se generarían a partir de lo señalado:

- La tasa de interés estaría por debajo de la de equilibrio, incluso en situaciones inflacionarias podría ser negativa.
- Existirían políticas de crédito selectivas (discriminatorias) que afectarían negativamente la asignación del ahorro (los recursos de inversión).

Como consecuencia de lo anterior las inversiones no se expanden adecuadamente, pues las tasas de interés bajas, llevan a falta de liquidez en los mercados crediticios. El sector bancario y los mercados de capitales están afectados.

En contraste y como remedio a lo anotado, para esta visión la desregulación de la tasa de interés y del sector financiero, pasa a ser un mecanismo clave (y eventualmente el único legítimo) para estimular el ahorro, la intermediación financiera y la inversión.

La idea es que más allá del financiamiento propio de los que van a invertir, el resto se sustenta en el ahorro depositado en los bancos. Los bancos centralizan y trasladan fondos de los ahorradores a los inversionistas, según una tasa de interés que equipara la oferta y la demanda de fondos para préstamos. El volumen de ahorro se determina externamente a la banca la cual sólo la realizan como función de intermediación.

El resultado sería que el alza en las tasas de interés desreguladas, eliminaría el déficit de ahorro interno y eventualmente atraería ahorro externo. Con lo anterior, el problema que ha sido característico de países en desarrollo, que sería la falta de ahorro se resolvería.

A esta altura es necesario regresar a la primera concepción aquella que señala que el ahorro es previo a la inversión y hacer un examen crítico de las relaciones entre la acumulación financiera y la acumulación como capital productivo.

Para Keynes la inversión no exige un acto de ahorro previo. Habría siempre *ex post* ahorro para cubrir las inversiones realizadas. La inversión es la variable dinámica de la economía, cuya realización depende del nivel de rentabilidad obtenido, pero especialmente de las expectativas a futuro de los rendimientos. Si estas no son buenas, el ahorro propio sería distribuido como utilidades y eventualmente consumido y el ahorro ajeno no sería demandado, haciendo bajar la tasa de interés. La mercancía dinero, transfigurada en ahorro financiero, no encontraría validación en el mercado.

Según Keynes es el crédito y no el ahorro, el motor financiero del proceso de acumulación de capital productivo. Entonces importaría la capacidad del sistema financiero para expandir o contraer (autónomamente) la liquidez y el crédito. Sería un equívoco identificar ahorro con depósitos y con activos financieros. Los saldos líquidos no se transforman automáticamente en inversión, por el contrario su valoración recurrente en el circuito financiero, por ejemplo en una situación de crisis, se presenta como una alternativa de inversión para las empresas y podría hacer caer la inversión productiva antes que estimularla. Lo anterior sería el caso típico de un capital especulativo valorizándose desde y en contra del capital productivo.

Entonces para Keynes, la inversión no necesita ahorro previo, requiere de crédito. La expansión de éste es anterior e indispensable para el surgimiento del ahorro mismo. Así, la expansión de las inversiones y por consiguiente del ingreso en una economía capitalista en desarrollo dependería de:

- Las expectativas de los agentes en cuanto a: mercados, tecnologías, obtención de utilidades, capacidad ociosa proyectada,
- La existencia de mecanismos adecuados de financiamiento interno,
- De la disponibilidad de las divisas necesarias para las importaciones que la producción requiere, dado el alto nivel de dependencia de tecnología e insumos.

El crédito concedido sería respaldado *a posteriori* por la banca. El crédito sería creación endógena de ésta, y ella podría encontrar limitaciones para esta tarea en la política de la banca central ejecutada a través de: el encaje bancario, la tasa de redescuento, la política de mercado abierto, etc.

Si todas las inversiones maduraran en el corto plazo, el crédito sería servido con la recuperación de costos y las utilidades obtenidas. Así, la continuidad del proceso inversión-endeudamiento generaría un círculo virtuoso deuda-inversión-producción-ingreso (pago)-deuda...

Si por alguna circunstancia económica, política o natural, la inversión disminuyese, el endeudamiento crecería, pues la baja de la inversión detiene el crecimiento, desacelera la economía y la puede llevar a la recesión. En esas circunstancias la capacidad de pagar los créditos se deteriora y la deuda crece relativamente frente a los activos, al tiempo que crece en términos absolutos. La insolvencia de los inversores puede llevar a la de la banca (México 1995-96). Como los capitalistas no están solos, también el Estado importa, la caída de la inversión puede originarse en la restricción del gasto y/o la inversión pública.

Como la inversión no madura necesariamente en el corto plazo, sino más bien en el mediano o el largo, se requiere de mecanismos de financiamiento que alarguen el perfil de las deudas y que representen ahorro y no sólo crédito. La ausencia de articulación sólida entre el corto y el largo plazo hace muy inestable el sistema financiero.

El financiamiento de la inversión con deuda tendría dos momentos:

- Crédito de corto plazo,
- Movilización de ahorro hacia el segmento de largo plazo.

Se pasa de las finanzas (el crédito) a la provisión de fondos, del corto al largo plazo. La consolidación de la inversión se compone de: colocaciones de deuda de largo plazo o de derechos de propiedad en el mercado de capitales. Así, una parte de los activos financieros mantenida por los ahorradores adopta la forma indirecta de depósitos a plazo, cuotas de fondos privados de pensiones y jubilaciones, pólizas de seguros, fondos de acciones en los bancos, fondos mutuos de inversión, bonos sin garantía específica, acciones en poder de los bancos y otros. Se trata de "ahorro real", consumo efectivamente diferido en el tiempo.

En América Latina, los Estados han jugado un papel importante en la provisión de fondos, a través de bancos de fomento y otros entes estatales, que además supusieron políticas selectivas. Y ahora más recientemente y en lo que nos ocupa, a través de legislar para la creación de fondos de pensiones privadas obligatorias (la llamada reforma previsional).

Para finalizar este ámbito de reflexión bastaría solamente con resaltar que:

- El crédito no es necesariamente ahorro; en la práctica, y conceptualmente no lo es,
- No todo ahorro crea su propia inversión,
- Y como veremos más adelante, es más probable que toda inversión cree al ahorro necesario.

4. La Reforma y su impacto probable sobre el ahorro interno consideraciones a partir del caso chileno

Esta parte está a la espera de un trabajo actuarial más acabado a partir de las cifras disponibles. No obstante debe tenerse claro que el sistema arrancará en México de una situación deteriorada, en términos de la masa de recursos que puedan provenir de las cotizaciones, y hay por lo menos cuatro factores para ese deterioro:

- Salarios reales bajos y que tendrán una recuperación lenta, si es que ella ocurre.
- Un nivel de desempleo de los más altos de la historia reciente del país.
- Fuerte incremento del trabajo informal y del subempleo que lo acompaña,
- Los nuevos empleos que se han venido creando tienden a ser de baja productividad y bajo salario.

Vale la pena, en función de elaborar expectativas acerca del impacto sobre el ahorro de la reforma previsional, tomar como referencia lo que ha ocurrido en Chile, cuya economía ha tenido uno de los mayores crecimientos de América Latina, con tasas de desempleo a la baja y salarios reales y productividad en alza.

Cuadro N° 2

Chile: ahorro e inversión 1981-1991

(Porcentaje del PGB)

Años	Ahorro Previsio- nal Pri- vado	Ahorro Privado Otro	Total Ahorro Privado	Ahorro Público	Ahorro Nacio- nal	Ahorro Exter- no	Ahorro Total	Tasa de creci- (1)
1980	0.0	2.9	2.9	11.0	13.9	7.1	21.0	+ 6.3
1981	0.9	-1.9	-1.0	8.6	7.6	14.4	22.0	+ 1.6
1983	1.7	7.3	9.0	-4.5	5.5	5.6	11.1	- 3.8
1985	1.8	8.4	10.2	-0.8	9.4	7.8	17.2	- 4.8
1987	2.1	5.3	7.4	4.1	11.5	7.3	18.9	+ 8.2
1988	2.7	7.0	9.7	7.6	17.3	5.0	22.2	+10.4
1989	3.1	11.3	14.4	7.9	22.3	0.5	22.8	+ 6.6
1990	3.3	14.9	18.2	5.5	23.7	1.9	25.5	+ 0.4
1991	3.3	14.3	17.6	4.9	22.5	2.3	24.7	+ 3.8
1992	3.3	16.3	19.6	5.2	24.8	2.0	26.8	+ 8.5
1993	3.6	15.7	19.3	4.6	23.9	4.8	28.8	+ 7.5
1994	3.9	16.4	20.3	5.1	25.4	1.4	26.8	- 7.0

(1) Ingreso Nacional Bruto per Cápita

Fuente: CEPAL, con informaciones de Cuentas Nacionales y del Ministerio de Hacienda de Chile.

Nota: desde 1992 las cifras están tomadas de Arrau, Patricio (1995): "Evolución de la Tasa de Ahorro Nacional en Chile: 1980-1994"

Como puede verse en el cuadro N° 2 el ahorro previsional ha estado creciendo en importancia como porcentaje del Producto Geográfico Bruto, desde un 0.9% en 1981 a 3.9% en 1994. Por su parte el resto del ahorro privado ha pasado del -1.9% en 1981 al 16.4% en 1994, mientras el ahorro público ha descendido consistentemente, desde el 11% en 1980 al 5.1% en 1994.

Es importante destacar el crecimiento que ha tenido el ahorro total como porcentaje del PIB desde 11.1% en 1983 al 26.8% en 1994 (aunque en 1981 había sido del 22.0%). Mientras que el ahorro externo ha caído del 14.4% en 1981 al 1.4 % en 1994, siendo ya inferior al ahorro previsional.

No obstante las bondades, los éxitos y el nivel alto de las pensiones como sustitución del salario que se han estado pagando, y que además hay 90.2% de los miembros de la PEA afiliados al sistema, es preciso señalar que solamente son contribuyentes efectivos el 53.5% de los miembros de la PEA, y que el resto, equivalente al 36.7% no cumple con las cotizaciones y lo más grave es que esta última cifra parece tener una tendencia en ascenso. Esto relativiza la afirmación que se hace y que también se ha usado en México, de que el sistema de reparto no tiene más cotizantes y mejores cotizaciones, porque sería poco atractivo para sus miembros como esquema que asegure las futuras pensiones. El ejemplo chileno muestra que aún un modelo "muy atractivo", puede estar limitado por la situación económico-social de los potenciales interesados y la de sus miembros activos.

Definitivamente es ilusorio pensar, que en términos cuantitativos, la capitalización de los fondos de pensiones, nos resuelva la insuficiencia de ahorro interno como una varita mágica. En el largo plazo, si todo va bien, apenas podría llegar a representar lo que "perdemos" por servicio de la deuda externa.

La experiencia chilena introduce otras reflexiones y dudas. Así tres consideraciones pueden hacerse:

- Si bien es cierto la capitalización supone una contribución al ahorro interno, también requiere que el Estado financie la transición de un sistema a otro y por lo tanto, su capacidad de ahorrar se verá mermada, surgiendo un déficit previsional para el Estado. Además, puede inhibir la posibilidad de que el Estado realice otros gastos

sociales o aun gastos asistenciales, en el marco de la propia seguridad social.

- El Estado deberá complementar las pensiones que no lleguen al mínimo y eventualmente en el futuro pagar pensiones asistenciales.
- Este ahorro obligatorio, en capitalización individual, puede desestimular otros ahorros que las familias podrían hacer en ausencia de esa capitalización, por ejemplo, compra de seguros privados, inversión en eventuales fondos complementarios, etc.

Los costos que el Estado asume no sólo limitan su capacidad de ahorro y/o de gasto en otros rubros sociales, también podrían crearle déficit y desequilibrios. También su necesidad de obtener recursos, podría llevarlo a una competencia con el sector privado que eleve las tasas de interés en el mercado financiero. La manera como el Estado financie su responsabilidad con el sistema, no será neutral frente a los resultados esperados de la reforma en términos de la generación de ahorro. Si financia con déficit puede estimular desequilibrios macroeconómicos. Si lo hace con más impuestos, limita la capacidad de ahorro de las familias.

Una duda importante que está presente es la relativa a ¿cuánto realmente ha impactado la reforma previsional en la generación de ahorro interno?. Su efecto directo es restringido como se vio en el cuadro N° 2. Su efecto indirecto es incuantificable, pues fue acompañada de un conjunto de otras reformas: fiscal, del Estado, de los regímenes de inversión, de desarrollo del mercado de capitales. Además de un cambio de contexto macroeconómico y de nuevas expectativas, ya que fue parte de un proceso de Ajuste Estructural. Separar cualitativamente los impactos es muy difícil, hacerlo de manera cuantitativa es poco menos que imposible.

Los datos que se están manejando en el caso de México, indicarían que el ahorro previsional podría acercarse en los primeros años a una cifra cercana al 1.0% del PIB; así, en 1997 y dependiendo de la tasa de crecimiento de la economía, de la creación de empleo y de la evolución de los salarios reales, el ahorro podría estar en un rango de entre los 3,200 a 3,500 millones de dólares. Se trata de una cifra sin duda importante, pero para apreciar mejor su relevancia digamos que sería equivalente a alrededor de un 30% del monto del servicio

de la deuda externa para el mismo año e inferior al promedio anual de inversión extranjera directa, ingresada entre 1991 y 1994, que fue de 3,905 millones de dólares (año base 1990).

El Estado incurriría a partir de 1997 en un déficit previsional en el ramo de invalidez, vejez, cesantía y muerte. El actual gobierno estimó que éste alcanzaría al 0,4% del PIB en los primeros años (no dijo cuántos años serían los primeros), luego subiría al 0.8% y después bajaría al 0.2%. Si se hace un cálculo rápido entre lo gastado por el IMSS en 1994 en el rubro mencionado y el PIB de ese año, el resultado alcanza al 0.74%, es decir, casi el doble de lo que se estima para 1997. En los cálculos del gobierno hay supuestos implícitos acerca del crecimiento del PIB y de los gastos, pero parece que habría una clara tendencia a subvalorar su impacto, por razones obvias relativas a la necesidad de hacer propaganda a la reforma.

5. Las políticas sólo dirigidas al ahorro son insuficientes

Organismos internacionales multilaterales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo han venido insistiendo sobre la necesidad de desarrollar políticas que fomenten el ahorro interno, al tiempo que se creen las condiciones para atraer el llamado "ahorro externo". El FMI ha señalado² que la relación de causalidad entre ahorro y crecimiento es difícil de comprender, pero que la relación de efecto positivo entre el ahorro y el crecimiento es directa. No obstante lo anterior, el FMI también reconoce que el crecimiento del ingreso ejerce un efecto positivo sobre el ahorro.

Finalmente, el Fondo termina reconociendo que las pruebas de causalidad estadística recientes, se orientan cada vez más a sugerir que la vinculación se produce desde el crecimiento hacia el ahorro.

Los gobiernos latinoamericanos parecen haber asumido la lógica que prioriza el camino que va del ahorro a la inversión y de ésta al crecimiento. Pero esta lógica es insuficiente, no se trata solamente de crear una masa de ahorro genérica, abstracta, desarticulada de políticas y objetivos concretos y

² FMI: "Perspectivas de la Economía Mundial, 1995". Capítulo V (El Ahorro en una Economía Mundial de Crecimiento)

conseguida a cualquier costo, sea éste altas tasas de interés o la ausencia absoluta de regulación a la actividad especulativa, que atrae al capital golondrino.

En efecto, la percepción del ahorro como paso previo a la inversión es conceptualmente errónea. El ahorro no se transforma automáticamente en inversión, e incluso su abundancia puede ser el síntoma más claro de que la inversión productiva no es viable, de que no hay las condiciones para su realización.

Esa abundancia impotente del ahorro, es una de las causas básicas, que explica el alto y acelerado endeudamiento latinoamericano y mexicano en la segunda mitad de los años 70 e inicios de los 80's. Recordemos que se nos venían a ofrecer los créditos, que ya casi no era necesario salir a buscarlos y que se concedían con una gran ligereza, sin un real análisis de la factibilidad de su servicio y amortización. En el mercado internacional había una gran cantidad de capital financiero buscando espacios de valorización, en ausencia de oportunidades para ello en los países desarrollados, que estaban en crisis.

¿Se transformó esa enorme masa de recursos en inversiones productivas?

Cuadro N° 3

México: formación bruta de capital fijo e inversión privada y pública

Años	1978-1981	1982-1984	1985-1989	1990-1994
FBCF/PIB %	23.9	18.6	17.2	20.8
Variación PIB	9.2	-0.4	1.1	3.0
I.Priv/PIB %	13.0	11.0	12.0	16.0a
I.Publ/PIB %	11.0	8.0	6.0	5.0a

Fuente: CEPAL, sobre la base de cuentas nacionales, y Hofman (1995)

(a) sólo es promedio de los años 1990-93.

Tomado de: Moguillansky, Graciela, "El contexto macroeconómico y la inversión: América Latina a partir de 1980". Revista de CEPAL No 58, abril de 1996.

A juzgar por el nivel de la FBCF en el primer periodo, la deuda habría permitido un crecimiento de la inversión productiva, pero de ninguna manera correlativo con el desmesurado crecimiento de la deuda externa.

Por otra parte, se observa que mientras la inversión pública se deterioró en 6 puntos porcentuales del PIB, la privada sólo se elevó en 3 puntos, es decir exactamente la mitad.

Existe ya una larga discusión en México, aunque no necesariamente fructífera, sobre la articulación entre lo macro y lo micro. El gobierno ha venido tratando de crear condiciones macro para la inversión, pero no ha hecho nada significativo a nivel de lo micro. En realidad más bien se ha procurado generar condiciones para el ahorro y no estrictamente para la inversión. Las condiciones creadas han producido un ahorro financiero, con fuerte propensión especulativa, un ahorro que tiende a valorizarse en el corto plazo en el circuito financiero especulativo y por lo tanto obstaculiza la inversión productiva.

La articulación entre lo macro y lo micro pasa sustancialmente, aunque no únicamente, por la generación de condiciones que permitan que la inversión sea posible, pero esas condiciones no incluyen necesariamente al ahorro previo, pues él sería ahorro potencial y no real.

Además de la estabilidad macroeconómica hay otros requerimientos claves:

- Se necesita una política fiscal que permita que la mayor masa de ahorro interno ocurra en la propia empresa, a través de la reinversión de utilidades, hay que darle continuidad a la acumulación de capital. Son necesarios estímulos fiscales que premien la reinversión productiva, bajando los impuestos a esas utilidades y en el extremo, si fuese necesario, eliminarlos y por el contrario gravar con mayor intensidad (sin llegar al castigo) las utilidades distribuidas.
- Esa masa de ahorro existente como utilidades no distribuidas supone ya una decisión de inversión y por lo tanto aparece directamente como un "ahorro real".
- La inversión productiva es necesaria, conveniente y crucial, pero no lo es todo, es preciso contar con una política industrial que indique por lo menos dos aspectos: cuáles serán las ramas

industriales prioritarias en la inversión y cómo se darán los encadenamientos productivos entre las grandes, medianas y pequeñas empresas, de manera que todas se encadenen en una dinámica única, en un círculo productivo virtuoso.

- Históricamente no ha habido desarrollo, si él no ocurre también en el espacio agrario. Una política que rescate al campo para la modernidad es estrictamente necesaria, como seguridad alimentaria, como abastecimiento de insumos, como mercado interno, como integración sectorial, regional, nacional y social.
- Finalmente, el conjunto de las políticas sociales como educación, salud, seguridad social y más puntualmente la capacitación; que atienden a la calidad de vida y a la inversión en el desarrollo de la fuerza de trabajo, de la capacidad competitiva como una cuestión parcialmente de habilidades técnicas, pero especialmente culturales y humanas, todas ellas son absolutamente esenciales para generar desarrollo sostenido y sustentable o sostenible.

Si no se tiene una estrategia de desarrollo, si no se parte de una concepción correcta, el ahorro generado se hace rentista o se fuga hacia mayor seguridad, privilegiar al capital especulativo, es proclamar que el productivo no tiene espacio, ni futuro.

6. Conclusiones

Necesariamente estas reflexiones no pueden ser plenamente conclusivas, se ha hecho un análisis somero de un proyecto que todavía no comienza a aplicarse para México, por eso hemos utilizado el caso de Chile como punto de referencia, pero está claro que Chile no es México, ni viceversa, lo cual puede parecer obvio, pero no lo es cuando uno encuentra a tantos tomadores de decisiones aplicando políticas y modelos como si fueran recetas de cocina.

Pasemos entonces a algunos elementos de reflexión:

La reforma del régimen de pensiones es eso y no una reforma completa de la seguridad social.

La reforma de las pensiones intenta solucionar la situación del sistema de seguridad existente, pero no ofrece una solución para quienes están fuera hoy día de dicho sistema. No hay ningún planteamiento que apunte hacia los pobres y los trabajadores informales, que empiezan a ser la mayoría de la Población económicamente activa.

La reforma ha puesto el acento en la generación de ahorro interno, forzoso y seguro y además ha tratado de evitar el potencial déficit que podría haberse generado en el sistema de reparto.

La reforma no evita el surgimiento de un déficit previsional en las finanzas públicas, por el contrario lo reconoce y cuantifica, a nuestro entender minimizándolo. Su alegato es que él sería inferior al que ocurriría si se mantuviese el sistema de reparto que se acercaba a una situación deficitaria.

La reforma del sistema hacia la capitalización individual implica romper con cualquier posibilidad de solidaridad en el régimen, a no ser aquella que surge del aporte estatal. Pero la mayor ruptura ocurre en el ámbito cultural, al fomentar el individualismo. En realidad, un sistema de capitalización individual es la negación del carácter social de la llamada seguridad social.

Al plantear el gobierno el ahorro como objetivo esencial de la reforma, está aceptando por lo menos parcialmente, la idea de que el ahorro es previo a la inversión, cuestión que como vimos ya ni el FMI se atreve a sostener. Esa percepción es una simplificación de la realidad y por ello resulta falsa.

La reforma no dará ningún resultado relevante, si el gobierno no asume un conjunto de otras reformas. Entre ellas la fiscal es de fundamental importancia y ha venido siendo postergada de una manera que da derecho a dudar del real interés existente en una pronta recuperación de la economía, es posible que el temor a un eventual sobrecalentamiento de la misma, en una recuperación rápida y sostenida, esté por detrás de la no adopción de estímulos claros y eficientes a la inversión.

Efectivamente, la reforma fiscal que tenga como centro el estímulo a la inversión, podría generar serios desequilibrios en las cuentas externas si no va acompañada de una política de encadenamientos productivos, que permita romper parcialmente las graves condiciones de dependencia industrial. Esa dependencia convierte en la práctica, que no en lo formal, al país en una gran maquiladora, con escasa capacidad de contribuir al valor agregado en la producción más allá de los salarios y un nivel menor de insumos.

Dado el tamaño de la PEA en la economía formal y el bajo nivel de los salarios reales, el impacto relativo y directo del ahorro previsional, será en México, por lo menos en el corto y mediano plazo, menor que en Chile. A la luz de lo anterior el ahorro privado no-previsional tendría que jugar un papel más relevante que en Chile y para ello es necesario un conjunto de políticas que genera entorno y soportes adecuados al crecimiento económico.

Se debería pasar de una política de estímulos al ingreso de ahorro externo especulativo y de premios a la valorización del ahorro interno en el circuito financiero a otra que privilegiara la inversión y el ahorro real, de largo plazo.

Si la reforma previsional no queda incluida en un proyecto estratégico, su efecto sobre la economía será marginal y el riesgo bursátil a que están siendo obligados los trabajadores será inútil y se habrá perdido una nueva oportunidad histórica, como ya ocurrió con los recursos del petróleo y los de la deuda externa.

Bibliografía

- Arancibia Córdova, Juan, "Algunas Reflexiones sobre Organización y Financiamiento de la Seguridad Social", en *Revista Papeles de Población* núm. 10, enero-marzo, 1996. Centro de Investigación y Estudios Avanzados de Población, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- Arancibia Córdova, Juan y Ramírez López, Berenice, "En Torno al Denominado Efecto Tequila", en *Revista Problemas del Desarrollo*, núm. 101, vol. 26, abril-junio, 1996. Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM, México D.F.
- CEPAL, "Reformas a los Sistemas de Pensiones en América Latina y el Caribe". *Serie Financiamiento del Desarrollo*, núm. 29, febrero de 1996. Santiago, Chile. (trabajo preparado por el Sr. Andras Uthoff).
- CEPAL, "Promoción del Ahorro y los Sistemas de Pensiones". LC/R. 1608, 26 de noviembre de 1995. (versión preliminar preparada por el Sr Andras Uthoff).
- CEPAL, Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social, (CIEDESS), *Modernización de la Seguridad Social en Chile, 1980-1993*. Publicado por CIEDESS, Santiago, Chile, 1994.
- FMI, "El Ahorro en una Economía Mundial de Crecimiento", aspectos más importantes del capítulo V del mismo nombre, contenido en: *Perspectivas de la Economía Mundial*, mayo de 1995. Publicado por la *Revista El Mercado de Valores*, núm. 8, agosto de 1995. México D.F.
- Gillion, Colin y Bonilla, Alejandro, "La Privatización de un Regimen de Pensiones: El Caso Chileno", en *Revista Internacional del Trabajo*, volumen III, núm. 2, 1992, Ginebra, Suiza.
- IMSS, *Hacia el Fortalecimiento y Modernización de la Seguridad Social*. Publicado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. México D.F. 1996.
- Macedo Cintra, Marco Antonio, "Represión Financiera y Patrón de Financiamiento Latinoamericano", en *Revista de la CEPAL*, núm. 53, agosto de 1994. Santiago, Chile.
- Mesa-Lago, Carmelo, *La Reforma de la Seguridad Social en América Latina y el Caribe: hacia una disminución del costo social del ajuste*. Publicado por el CIEDESS, Santiago, Chile, 1994.

- Moguillansky, Graciela, "El Contexto Macroeconómico y la Inversión: América Latina a partir de 1980", en *Revista de CEPAL*, núm. 59, abril de 1996. Santiago, Chile.
- Narro Robles, José y Moctezuma Barragán, Javier (compiladores), *La Seguridad Social y el Estado Moderno*. Editorial Fondo de Cultura Económica, ISSSTE e IMSS. México D.F., 1992.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Seguridad Social en las Américas: cuestiones y opciones*. TRMESSA/1993. Documento de trabajo elaborado por el Departamento de Seguridad Social.
- Programa de Economía del Trabajo (PET), "La Rentabilidad de los Fondos de Pensiones", en *Indicadores Económico Sociales*, núm. 137, marzo-abril, 1996. Santiago, Chile.
- Sapag Chain, Reinaldo, *Evolución del Sistema Privado de Pensiones en Chile*. Publicado por la IPCTT en Ediciones Copygraph. Santiago, Chile.

El papel de las administradoras de fondos para el retiro como instrumentos de crecimiento económico

Leticia Felicidad Treviño Saucedo¹

La exposición de motivos de la nueva ley del Seguro Social, la cual tendrá vigencia a partir del segundo semestre de 1997, señala como uno de sus motivos, el que el IMSS trascienda más allá de la protección a los trabajadores actuales y dé apoyo a las empresas establecidas, para promover activamente la generación de empleos y el crecimiento económico. Reconociendo la magnitud de los recursos que maneja, y los efectos de su regulación en el mercado de trabajo, debiendo contribuir a incrementar el ahorro interno y promover con decisión la creación de nuevas fuentes de trabajo, siendo el crecimiento del empleo el propósito central de la Reforma a la Seguridad Social Mexicana.

La ley entre otras transformaciones, sustituyó el modelo de retiro basado en el reparto genérico de recursos, por el que se finca en la capitalización de los recursos propiedad del trabajador que devienen de las cuotas obrero patronales y las que asume el Estado, destinadas a constituir el nuevo seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

El nuevo esquema pretende, en función de su objetivo fundamental, garantizar al trabajador la obtención de los beneficios esperados, a la vez que hacer posible una interrelación tal con el entorno económico-social, que permita satisfacer, paralelamente, diversas expectativas de carácter macroeconómico, con importantes efectos en sectores específicos, canalizando el ahorro interno hacia la inversión productiva.

¹ Coordinadora Académica de la División de Actuaría y Planeación Financiera del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

En esta reforma predomina una lógica de incrementar el papel regulatorio del Estado y reducir su participación directa en funciones ejecutivas.

De esta manera se contempla que los recursos de las cuentas individuales sean administrados por intermediarios financieros especializados en la administración e inversión de los recursos que corresponden a dichas cuentas. Las denominadas Administradoras de Fondos de Ahorro para el Retiro (AFORES), mismas que serán elegidas libremente por el trabajador, invertirán los fondos en instrumentos financieros bajo la regulación y la supervisión del Gobierno Federal por medio de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR).

Este modelo señala como actores de la Reforma a 1) los trabajadores.- tendrán derecho de elegir la AFORE que operará su cuenta individual, solicitando su registro a través de los promotores, 2) agentes promotores.- persona autorizada para realizar actividades de registro de cuentas individuales, de comercialización y de promoción, 3) empresas.- aportante y retenedor de la cuota obrera de vejez, vivienda y aportaciones voluntarias, 4) entidades receptoras.- realizarán la recaudación de las cuotas, actuando por cuenta y orden de los Institutos de Seguridad Social, 5) administradoras de fondos para el retiro (AFORES).- entidades responsables de la administración de las cuentas individuales de los trabajadores, 6) sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro (SIEFORES).- sociedades de inversión operadas por la administradora donde se invertirán los recursos de los trabajadores, de acuerdo a su elección, 7) empresas operadoras de la base de datos nacional SAR.- empresas que tendrán la concesión para operar la Base Nacional de Datos del SAR, la cual podrá ser consultada por los participantes del sistema, 8) instituciones de crédito liquidadoras, liquidadoras de los retiros parciales o totales previstos en la Ley del Seguro Social, 9) institutos de seguridad social.- El IMSS pondrá a disposición su Catálogo Nacional de Asegurados, así como sus actualizaciones, el INFONAVIT transferirá las aportaciones para vivienda al Banco de México para ser invertidos en términos de la Ley del INFONAVIT y 10) la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR).- organismo regulador del sistema.

Características de las AFORES

Las AFORES son entidades financieras encargadas de individualizar los recursos de los trabajadores, canalizándolos a través de las sociedades de inversión especializadas de fondos de ahorro para el retiro (SIEFORES).

Las AFORES son intermediarios financieros. Un intermediario financiero es una empresa que vincula aquellos agentes que tienen necesidades de financiamiento con aquellos que tienen capital disponible. La existencia de los intermediarios financieros se deriva de la necesidad que prevalece en un mundo incierto de generar información. Estos se especializan en reducir los riesgos y los costos relacionados con la información asimétrica.

Las AFORES presentan las siguientes características más importantes:

i) Son sociedades anónimas de capital variable. Esta figura jurídica se aviene a la estrategia de diseminar la propiedad de las Administradoras. La ley de los sistemas de ahorro para el retiro da a estas sociedades un trato distinto que al común de las sociedades anónimas comerciales, al obligarlas a tener un giro único y exclusivo. Esta connotación permite calificar a las Administradoras sólo por consideraciones propias de un régimen de pensiones y no por los beneficios accesorios que pudiera entregar, con ello se pretende darle al sistema la transparencia de información que se requiere.

ii) Persiguen fines de lucro. Esta es una condición que por definición cumplen las sociedades anónimas.

iii) Su patrimonio es independiente del Fondo de Pensiones. Por lo tanto, estas sociedades sólo administran el Fondo y, por cumplir esa labor, cobran una comisión.

La ley exige que cuando menos el 51% del capital sea propiedad de personas físicas mexicanas y personas morales mexicanas cuyo capital sea mayoritariamente propiedad de mexicanos y sean efectivamente controladas por los mismos.

Asimismo, con objeto de evitar monopolios, la ley establece que la participación de mercado de una Administradora será máximo del 17% del mercado de los sistemas de ahorro para el retiro. Por otra parte, el artículo octavo transitorio de la ley señala que el Instituto Mexicano del Seguro Social podrá constituir una AFORE, siempre y cuando cumpla con todos los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social y en la propia Ley de las AFORES.

iv) Deben mantener una reserva especial. Invertida en las acciones de las sociedades de inversión que administren. Su monto será determinado por la CONSAR, con base en el valor total de las carteras que dichas sociedades de inversión administren e independiente de la Reserva Legal que establece la Ley General de Sociedades Mercantiles.

v) Cobran comisiones. Que representan el precio que el afiliado paga por el servicio que le presta la sociedad. Las comisiones podrán cobrarse sobre el valor de los activos administrados, o sobre el flujo de las cuotas y aportaciones recibidas, pudiendo ser un porcentaje sobre dichos conceptos, una cuota fija o una combinación de ambos.

A la fecha² se han constituido 17 AFORES, 14 con socios comerciales y 3 solas.

Las AFORES con socios comerciales son: 1) Bancomer Dresdner: Bancrecer - Dresdner Pension Fund - Alianz de México, 2) Garante: Banca Serfin - Citibank México - Habitat Desarrollo Internacional, 3) Zurich: Zurich Vida - Gabriel Monter, 4) Bital: Bital - ING America Insurance Hol., 5) Bancomer: Bancomer - Aetna International, 6) Atlántico Promex: Banco del Atlántico - Promex, 7) Confuturo: Confía - Principal International, 8) Profuturo GNP: Grupo Nacional Provincial - Provida Internacional - Banco Bilbao Vizcaya, 9) Santander Mexicano: Banco Mexicano - Santander Investments, 10) Previnter: Boston Aig Co. - Bank of Nova Scotia, 11) Banamex: Banamex - Accival, 12) IMSS: IMSS - Aseguradora Hidalgo, 13) Inbursa: Grupo Financiero Inbursa - Promotora Inbursa, 14) Capitaliza: GE Capital - GE Capital de México.

Las AFORES sin socios comerciales son: 1) Génesis, 2) Tepeyac y 3) Sólida Banorte

Las Sociedades de Inversión Especializadas de Fondos para el Retiro (SIEFORES), tienen por objeto invertir los recursos provenientes de las cuentas individuales que reciban en los términos de las leyes de seguridad social, teniendo las siguientes principales características:

- Son de giro exclusivo.
- Son sociedades anónimas de capital variable.
- El 99% de su capital fijo deberá ser propiedad de la AFORE que solicite su constitución y de los socios de dicha administradora.
- Su capital social variable sólo podrá ser propiedad de los trabajadores que inviertan los recursos de las cuentas individuales previstas en las leyes de seguridad social y de las propias AFORES.

² Consar, febrero de 1997.

Constitución de Afores

Name	Partnership	Mexican Equity Share (%)	Foreign Equity Share (%)	Capital (million dollars)
BANCRECER DRESDNER	•Bancrecer •Dresdner Pension Found •Alianz de méxico	51	49	63.75
GARANTE	•Banca Serfin •Citibank México •Habitat Desarrollo Internacional	93	7	70.98
GÉNESIS	•Seguros Génesis	51	49	17.62
ZURICH	•Zurich Vida •Gabriel Monter	51	49	17.82
BITAL	•Bital •ING America •Insurance Hol.	51	49	66.75
BANCOMER	•Bancomer •Aetna Internactional	51	49	65.56
ATLÁNTICO PROMEX	•Banco del Atlántico •Promex	100	0	22.43
TEPEYAC	•Seguros Tepeyac	100	0	8.2
CONFUTURO	•Confía •Principal International	51	49	35.6

Constitución de Afores

Name	Partnership	Mexican Equity Share (%)	Foreign Equity Share (%)	Capital (million dollars)
PROFUTURO GNP	•Grupo Nacional Provincial •Provida Internacional •Banco Bilbao Vizcaya	86	14	94.44
SANTANDER MEXICANO	•Banco Mexicano •Santander Investment	0	100	109.35
SÓLIDA BANORTE	•Banorte	100	0	19.07
PREVINTER	•Bosoton Aig Co. •Bank of Nova Scotia	0	100	41.66
BANAMEX	•Banamex •Accival	100	0	37.08
IMSS	•IMSS •Aseguradora Hidalgo	100	0	26.42
INBURSA	•Grupo Financiero •Inbursa •Promotora Inbursa	100	0	19.3
CAPITALIZA	•GE Capital •GE Capital de México	0	100	41.51

v) Están obligadas a otorgar la mayor seguridad y la obtención de una adecuada rentabilidad de los recursos de los trabajadores.

vi) Deben fomentar, a través de la canalización de las inversiones: la actividad productiva nacional, la mayor generación de empleo, la construcción de vivienda, el desarrollo de infraestructura y el desarrollo regional.

vii) Están obligadas a invertir en valores y documentos a cargo del Gobierno Federal y aquellos valores que se encuentren inscritos en el Registro Nacional de Valores e Intermediarios.

viii) Están obligadas a la calificación del riesgo de sus inversiones por una empresa calificadora de valores autorizada por la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, en el caso de inversión en instrumentos de deuda emitidos por empresas privadas, títulos de deuda emitidos, aceptados o avalados por instituciones de banca múltiple o de banca de desarrollo y títulos cuyas características específicas preserven su valor adquisitivo conforme al índice nacional de precios al consumidor.

ix) No podrán adquirir valores extranjeros de cualquier género.

El Estado a través de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CON SAR), realizará el control de la gestión, con objeto de garantizar el bien común.

Los órganos de gobierno de la CON SAR serán la Junta de Gobierno, la Presidencia y el Comité Consultivo y de Vigilancia. La Junta de Gobierno será presidida por el Secretario de Hacienda y Crédito Público, quien nombrará al Presidente de la CON SAR.

La ley de los sistemas de ahorro para el retiro señala como facultades discrecionales de la CON SAR entre otras:

La autorización de la organización y operación de las AFORES, así como sus requisitos mínimos, modificación del porcentaje de inversión de las AFORES, la autorización de la organización y operación de las Sociedades de Inversión, la autorización de los regímenes de inversión, el establecimiento de límites a las inversiones cuando se concentren en un mismo ramo de actividad económica, o se constituyan riesgos comunes para una sociedad de inversión, modificación o suspensión de los programas de publicidad de las AFORES, el establecimiento de medidas tendientes a evitar el uso indebido de información privilegiada y de conflictos de interés en la administración de los recursos

derivados de los sistemas de ahorro para el retiro. Por ello, es de vital importancia para el éxito del modelo, la imparcialidad y transparencia de la gestión de la CONSAR.

Asimismo la estructuración de este modelo señala como actor protagónico al Secretario de Hacienda y Crédito Público, ya que a él le corresponde tomar las decisiones coyunturales, para alcanzar el objetivo fundamental de la Reforma en el orden macroeconómico, puesto que la cultura de la misma es económica, generada por la reciente crisis financiera, sin una evolución previa de orden ideológico o conceptual con una mayor participación del sector social.

Mercado financiero

El vínculo entre los Fondos de Pensiones administrados por las AFORES y el incremento de la actividad productiva nacional, para la mayor generación de empleo y el desarrollo económico nacional, es el mercado financiero.

Diversos autores desde los años setenta han mostrado evidencia empírica que muestra una correlación positiva entre el desarrollo de los mercados financieros y el crecimiento económico.³

Sin embargo, no fue sino desde la década de los ochenta que se ha podido explicar analíticamente dicha relación.

Los modelos de crecimiento endógeno han permitido estudiar las dos relaciones causales entre estas variables. Por un lado, se analiza como mejoras en éste son conducentes al crecimiento económico; por otro lado, otros modelos tratan de entender como el crecimiento conduce a la sofisticación de los mercados financieros caracterizados por un mayor número de instrumentos, mayores transacciones y una mayor gama de intermediarios.⁴

Los tres canales mediante los cuales el desarrollo financiero puede afectar el crecimiento son:

³ Goldsmith (1969)

⁴ King y Levine (1993) y Roubini, Nouriel y X. Sala-i-Martin (1991) presentan evidencia empírica sobre la relación entre el desarrollo de los mercados financieros y el crecimiento, indicando que la causalidad va del primero al segundo.

Castañeda, G. "Moneda y Banca", mimeo ITAM, 1996.

i) Incremento de la cantidad de ahorros canalizados a la inversión productiva. Una de las funciones del mercado financiero es la de intermediar recursos entre las unidades superavitarias y aquellas que son deficitarias, entre las cuales destacan las empresas. Este proceso de intermediación conlleva un costo para el sistema económico ya que absorbe recursos, como lo muestra el margen entre las tasas de interés activas y pasivas, las comisiones y el costo del corretaje. Un sistema financiero poco desarrollado tiene elevados costos de intermediación.

En el modelo de Roubini y Sala-i-Martin (1992) el desarrollo financiero se entiende como una reducción en los costos de transacción lo que lleva a reducir la utilidad marginal del dinero real, a la vez que reduce el monto de los ahorros que se destinan a actividades de intermediación y se incrementa la canalización de ahorro hacia inversiones productivas.

ii) Eficiencia en la asignación de capital. Los intermediarios financieros pueden asignar más eficientemente los recursos debido a que, en primer término, se abocan a recolectar información que les permite tener mejores criterios de evaluación de los proyectos y a que, en segundo término, inducen mediante la diversificación a las personas a ahorrar más en proyectos aunque sean riesgosos. Los mercados financieros permiten que los individuos diversifiquen riesgos de aquellas inversiones que no son susceptibles de ser aseguradas.

iii) Modificaciones en la tasa de ahorro. Los mercados financieros al proveer mecanismos de diversificación, mejoran la eficiencia del ahorro, ya que ocurre un movimiento en la cartera de inversión de activos líquidos hacia activos productivos.

El desarrollo del mercado financiero incide a que el ahorro y la inversión sean más eficientes, produciendo dos efectos:

a) Para los inversionistas genera un mayor retorno de las inversiones, lo que hace que las personas obtengan un mayor nivel de riqueza en el largo plazo, el que a su vez se traduce en mayor consumo.

b) Para los demandantes de fondos, que enfrentan la necesidad de hacer inversiones, el desarrollo del mercado financiero significa un menor costo de financiamiento, que se manifiesta en empresas más competitivas en sus respectivos mercados, mejores salarios y más empleos.

King y Levine sostienen que las políticas para propiciar el desarrollo financiero (liberalización de las tasas de interés y de las cuotas de préstamos, regulación y supervisión financiera adecuadas; políticas monetarias y fiscales congruentes y sostenibles, así como otras políticas económicas sanas) también promoverán el crecimiento económico.

El sistema financiero está constituido por instituciones financieras legalmente reconocidas (tales como bancos comerciales, casas de bolsa, aseguradoras, calificadoras de riesgo, AFORES); mercados (de dinero y accionario); instrumentos (depósitos bancarios, papel comercial, cetes y bonos); y organismos regulatorios y de supervisión que por lo general incluyen a la Secretaría de Hacienda, la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, el Banco Central y para el caso, la CONSAR.

Hasta fines de los años ochenta, el sector financiero mexicano era un claro ejemplo de represión financiera, el gobierno canalizaba forzosamente para sí la mayoría de los recursos, captados por la banca comercial, imponía cuotas de crédito a varios sectores "prioritarios" e imponía techos a las tasas de interés sobre los activos y pasivos de la banca. La alta y volátil inflación que prevaleció de 1976 a 1988 muchas veces generó tasas reales de rendimiento negativas. En consecuencia la penetración financiera⁵ fue débil y el capital huyó al extranjero o se empleó de manera excesiva en inversiones improductivas como metales preciosos y bienes raíces. La canalización creciente de recursos financieros fuera del sistema bancario disminuyó los recursos disponibles para la inversión productiva, tanto pública como privada.

A la fecha la reforma financiera ha comprendido seis medidas complementarias: 1) liberalización financiera, 2) desarrollo del mercado de dinero, 3) reprivatización de la banca comercial e implantación de un modelo de "banca universal", 4) medidas para incrementar la competencia en el sector financiero, 5) reforma de la banca de desarrollo y de los fideicomisos; y 6) otorgamiento de autonomía al banco central.

Sin embargo, la liberalización financiera incrementó el ahorro financiero, pero no la canalización del mismo a la inversión productiva, sino que se redujo la

⁵ La "penetración financiera" es un indicador del grado en que se canalizan los ahorros a través del sistema financiero para proporcionar fondeo a la inversión. En México se mide generalmente mediante la razón $M4/PIB$, donde $M4$ es la medida más amplia de dinero y bonos y el PIB es el producto interno bruto.

tasa de ahorro real (de un 21.4% de 1983-1988 a sólo el 16% en 1993), por la excesiva canalización de créditos al consumo, siendo ésta una de las causas de la actual recesión económica.

El sistema financiero mexicano es subdesarrollado y frágil. Comparada con promedios internacionales, la penetración financiera en México es baja. Canadá, por ejemplo presenta una proporción de su agregado monetario principal/ PIB del 97%, Estados Unidos del 93%, el Reino Unido del 87% y Alemania del 85%. En México la razón de depósitos totales/ PIB es del 67.5% para el Distrito Federal, fuera de éste es sumamente baja. Por ejemplo el Estado de Tabasco reporta depósitos en relación con el PIB de sólo 6% y el Estado de México de 3.5%. Incluso Jalisco y Nuevo León arrojan tasas muy bajas, 33.7% y 37% respectivamente.⁶

El mercado financiero mexicano debe fortalecerse y cumplir ciertos requisitos mínimos para el funcionamiento del régimen de pensiones de capitalización individual:

i) Conjunto mínimo de instrumentos para invertir. En lo posible no todos de carácter estatal, porque si los pasivos fueran exclusivamente fiscales estaríamos en una situación muy poco distinta a lo que es el sistema de reparto.

ii) Tasas de interés positivas. Es de imaginarse los resultados que podrían esperarse de un régimen de capitalización individual en que los fondos se inviertan a tasas iguales a cero o negativas, lo cual significa una transferencia encubierta de recursos propiedad de los trabajadores hacia ciertos sectores empresariales privilegiados, que los utilizarían como líneas de crédito especiales, o subsidiados, canalizados a través de los bancos privados o estatales.

iii) Regulación bancaria que proteja adecuadamente los depósitos captados por los bancos. Las situaciones de crisis de la banca normalmente ponen en juego los medios de pago de la economía y, dada la magnitud de los recursos, la actitud natural del Banco Central y la Secretaría de Hacienda es rescatar los bancos en problema, ya que implican un riesgo a todo el sistema de pagos. Una de las razones es la relación entre el sector bancario y los grupos empresariales y la existencia de un adecuado control en el otorgamiento

⁶ Mansell C. *Las finanzas populares en México*, ITAM, 1995.

de préstamos a estos grupos, así como también los imperfectos mecanismos de evaluación de carteras de crédito y la auditoría financiera de los bancos.

El fortalecimiento de los mecanismos de regulación bancaria y la resolución de los problemas de represión financiera son, por consiguiente, requisitos previos para emprender los procesos de reformas que establezcan fondos de pensiones privados. Si estos aspectos no se corrigen, los problemas de solvencia con algunos bancos obligarían en algún momento a utilizar recursos fiscales para proteger los fondos de los trabajadores, lo que puede generar un problema político muy serio que hace que este sea un aspecto clave que debe regularse.

iv) Otro elemento que es importante destacar en lo posible como condición previa, es el desarrollo de instrumentos de largo plazo. Uno puede ser el financiamiento de vivienda y otro la emisión de acciones de empresas. En el caso de la deuda hipotecaria de largo plazo, es fundamental la adopción de mecanismos de indexación real. Sin embargo, sólo la emisión de acciones incide en el incremento del PIB.

v) Protección de los derechos de los accionistas minoritarios y acreedores. Este será inicialmente el carácter de los fondos de pensiones como inversionistas institucionales. Esta protección requiere de una institucionalidad propia, de una capacidad de supervisión, de elementos normativos de cultura y tradición de funcionamiento de las empresas. Resulta básico disponer de información financiero-contable fidedigna y la regulación de transacciones entre empresas.

Resulta central el desarrollo de los mercados de valores, de la bolsa de valores, de los procedimientos de información y auditoría de empresas, de los mecanismos de supervisión y de los agentes e intermediarios financieros. Es vital proteger los fondos de los trabajadores de la manipulación del mercado de valores. Por ello resulta vital la independencia de las administradoras de los fondos para el retiro.

vi) Calificación del riesgo de los títulos representativos de deuda. En mercados desarrollados esta tarea está realizada por calificadoras privadas, constituyendo sus evaluaciones juicios sobre el futuro, que incluyen aspectos de tipo cuantitativo y cualitativo.

Por lo anterior, resulta claro que otro actor protagónico en el éxito del propósito de la Reforma a la Seguridad Social es el Mercado Financiero, de ahí el requisito indispensable de su desarrollo.

Estrategias de inversión

Estrategia se define como "el conjunto de reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento". Si se aplica esta definición al contexto de las AFORES, significa que una decisión óptima es aquella que satisface de alguna forma a los afiliados.

Para establecer el conjunto de reglas que aseguran la decisión óptima, es necesario tener en cuenta que el objetivo principal de las AFORES es maximizar la riqueza esperada por los cotizantes al momento de la jubilación, a partir de la rentabilidad obtenida sobre las inversiones de las cuotas, sujetas a un adecuado nivel de riesgo. Este último, porque de lo contrario se tiende a invertir en instrumentos de alto riesgo, que en el largo plazo son los que generan mayor rentabilidad.

Por lo anterior, se deduce que la labor de las SIEFORES consiste en identificar que activos comprar y/o vender, en qué momento y como combinarlos.

Para definir las estrategias de inversión, se deben tener claro cuáles son las posibilidades de inversión: acciones, bonos de empresas, instrumentos estatales de renta fija, instrumentos de renta fija del sector financiero (letras hipotecarias, bonos, depósitos bancarios, depósitos a plazo), fondos de inversión (mobiliarios, inmobiliarios y de desarrollo de empresas).

En el caso de las SIEFORES, la tolerancia al riesgo para instrumentar el portafolio de inversión estará dada, implícitamente por los límites de inversión, los cuales están pendientes de regular por la CONSAR. Asimismo las estrategias de inversión están limitadas por el tamaño del mercado.

En principio las AFORES sólo podrán operar una sociedad de inversión cuya cartera esté indizada a la inflación, hasta en tanto la CONSAR les autorice la operación de dos o más sociedades de inversión.

Considerando que sólo el 50% de los 36 millones de la población económicamente activa son asalariados,⁷ el número óptimo de cuentas individuales que puede alcanzar el sistema será de 18 millones, tan sólo tomando en cuenta a los asalariados, de las cuales se destinará a las AFORES el 4.5% del salario de cotización más el 2% del SAR actual, por lo que el nuevo

⁷ Banamex, octubre 1995, *Exámen de la Situación Económica de México*, p.387

sistema de pensiones, generará una acumulación de recursos a un ritmo aproximado de 3 mil millones de dólares anuales, significándose como un inversionista institucional con un horizonte de inversión de largo plazo, estable y con retiros fácilmente pronosticables.

Actualmente el número real de cotizaciones al SAR son entre 12 y 14 millones⁸ y tomando en cuenta la restricción legal del 17% del mercado para una AFORE, podemos prever que aquella que busque quedarse con el tope reglamentario deberá tener capacidad para manejar 2.4 millones de cuentas. Montar una infraestructura para atender más de dos millones de personas no es una tarea fácil. Si se compara con Chile deberá atender a la mitad de las cuentas que se manejan allá.

Hay que considerar que el grupo de trabajadores inversionistas no es homogéneo. La estructura de edades marca la primera diferencia. Al menos el 80% de los cotizantes tiene una edad inferior a los 55 años. Son este tipo de trabajadores-inversionistas los que requieren una estrategia de inversión enfocada al crecimiento del patrimonio. El 20% restante, con una edad más cercana a la jubilación, requieren una estrategia de inversión con énfasis en el mantenimiento y protección del patrimonio ya alcanzado.⁹

Otro elemento importante a considerar es la cultura financiera de los cotizantes. No debe olvidarse que para un porcentaje importante de ellos, este nuevo sistema de pensiones será su primer trato formal con el sistema financiero.

Las alternativas de inversión deben estar determinadas para los trabajadores-inversionistas según su perfil de edad. No debe permitirse que el desconocimiento en materia financiera por parte del afiliado se traduzca en la elección de una estrategia financiera no acorde a sus necesidades y por ende, en la posibilidad de obtener una pensión substancialmente inferior, ante un esfuerzo igual de cotización.

Para aquellos trabajadores-inversionistas que por su edad, su objetivo es el crecimiento de su capital invertido, se debe proponer la participación en instrumentos de largo plazo. Para los inversionistas cuya edad es más próxima

al retiro, y por lo tanto su objetivo es la conservación del patrimonio generado, el portafolios deberá concentrarse en instrumentos de deuda de corto plazo.

En cuanto a los rendimientos que en el futuro podrán obtener los trabajadores por sus inversiones, la mayor o menor rentabilidad que puedan otorgar en su conjunto los instrumentos financieros, dependerán fundamentalmente de las perspectivas del país. Por ello la gestión gubernamental es factor decisivo, al proporcionar los elementos de política económica y participación política que sustenten las expectativas y el desarrollo futuro de México.

Por lo que se refiere a los sectores de la economía en los que es posible invertir, señalaremos que su participación en el PIB de 1995 fue la siguiente: minería 11.04%, construcción 14.20%, electricidad 5.42%, productos alimenticios, bebidas y tabaco 18.60%, textiles, prendas de vestir e industria del cuero 5.66%, industrias de la madera y productos de madera 1.86%, papel, productos de papel, imprentas y editoriales 3.82%, sustancias químicas, derivados del petróleo, caucho y plástico 12.93%, productos de minerales no metálicos, excepto petróleo y carbón 4.50%, industrias metálicas básicas 5.03%, productos metálicos, maquinaria y equipo 15.85%, otras industrias manufactureras 1.10%.¹⁰

Cabe resaltar que un reto para el desarrollo del país es el campo. Una tercera parte de la población vive en el campo y aunque los campesinos controlan el acceso a más de la mitad de la tierra, sólo generan 8% del PIB. De hecho 70% de la gente pobre de México vive en zonas rurales.

En el mes de abril/96 el Presidente de la República presentó el Programa de Política Industrial y Comercio Exterior, cuyo objetivo principal es la conformación, a través de la acción coordinada con los sectores productivos, de una planta industrial competitiva a nivel internacional orientada a producir bienes de alta calidad y con mayor contenido tecnológico.

Entre las líneas estratégicas que permitan alcanzar el objetivo central de la política industrial destaca:

i) La creación de condiciones de rentabilidad elevada y permanente en la exportación directa e indirecta, y el fortalecimiento del acceso a los productos nacionales en los mercados extranjeros.

¹⁰ Casa de Bolsa Inverlat, *Análisis Económico*, abril 1996.

⁸ De la Garza, G. 19 de julio 1996, *El Financiero*, p 5.

⁹ Márquez R. *La Reforma al Sistema de Pensiones en México*, Casa de Bolsa Bancomer, 1996.

ii) Fomentar el desarrollo del mercado interno y la sustitución eficiente de importaciones.

iii) Inducir el desarrollo de agrupamientos industriales, regionales y sectoriales, de alta competitividad.

Las políticas para la promoción de la actividad industrial son: 1) estabilidad macroeconómica y desarrollo financiero, que permita promover el crecimiento estable y duradero, 2) creación y mejoramiento de la infraestructura física y de la base humana e institucional, 3) fomento a la integración de cadenas productivas en un contexto de apertura y globalización y estimular la incorporación de la micro, pequeñas y medianas empresas, 4) mejoramiento de la infraestructura tecnológica para el desarrollo de la industria, a través de la modernización tecnológica y la promoción de la calidad, 5) desregulación económica, cuyos objetivos centrales son la simplificación de trámites y requisitos para la operación y apertura de empresas y la mejora en los procesos de elaboración de las normas oficiales mexicanas, 6) promoción a las exportaciones, 7) negociaciones comerciales internacionales y 8) promoción a la competencia.

Entendiendo como Productividad la cualidad emergente de los procesos productivos que hace que tiendan a mejorar sistemática e integralmente para la maximización de la ganancia, cuyos factores son la inversión productiva, la dirección empresarial, la motivación de los trabajadores, la capacitación de los trabajadores, la tecnología y la materia prima, se desprende que de la implantación y éxito de este programa depende también el desarrollo económico y por tanto el éxito de los propósitos de la Reforma a la Seguridad Social.

Finalmente, hay que recalcar que la reforma al sistema de pensiones es parte de un proceso de cambio integral, el cual incluye modificaciones a la legislación del sector financiero, al régimen tributario, a la política industrial y a la organización del Estado. Naturalmente, la decisión de organizar los programas de pensiones sobre esta base tiene un alto costo, por lo que existe la responsabilidad por parte de los actores de la Reforma de hacer factible el Desarrollo Económico del país, de tal suerte que el beneficio de la misma supere sus costos e impacte a la sociedad en su conjunto.

Modelo de capitalización individual principales diferencias entre México y Chile

Modelo chileno	Modelo mexicano
<ul style="list-style-type: none"> • Implantación en 1981 • No participan los bancos en las Administradoras de los Fondos de Pensiones • Todas las AFP son de naturaleza privada • La aportación es a cargo únicamente del trabajador • 10% del salario es administrado por la AFP • El estado entregó bono de reconocimiento a los cotizantes del antiguo sistema que se transfirieron al de capitalización individual • Universo de acción: casi 5 millones de cuentas individuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación en 1997 • Participan los bancos en las Administradoras de los Fondos para el Retiro • La ley prevé que el IMSS constituya una AFORE • La cuota es tripartita • 6.5% del salario será administrado por la AFORE • Los trabajadores a media carrera laboral, en el momento de su retiro, podrán elegir dependiendo de lo que más les convenga, entre la pensión que les ofrece el actual sistema o el nuevo sistema de pensiones. • Universo de acción: aproximadamente 14 millones de cuentas individuales

Bibliografía

1. Presidencia de la república, Iniciativa de la Nueva Ley del Seguro Social -Exposición de Motivos, México, 1995.
2. IMSS, Ley del Seguro Social, México, 1995.
3. CONSAR, Ley de Sistemas de Ahorro para el Retiro, México, mayo de 1996.
4. CONSAR, Reglamento de la Ley de Sistemas de Ahorro para el Retiro, México, noviembre de 1996.
5. Centro de Estudios Públicos, Quince años después - una mirada al sistema de pensiones, Chile, diciembre de 1995.
6. CIEDESS, Estrategias para el Desarrollo de un modelo integrado de Seguridad Social, Chile, 1993.
7. CIEDESS, Modernización de la Seguridad Social en Chile - resultados y tendencias, Chile, 1995.
8. CIEDESS, Impacto de la Reforma Previsional en el Mercado de Capitales, Chile, 1995.
9. Mansell C. Las finanzas populares en México, ITAM, México, 1995.
10. Castañeda G. Moneda y Banca, mineo ITAM, México, 1996.
11. Banamex, Examen de la Situación económica de México, Bancomer, México, 1996.
12. Márquez R. La Reforma al Sistema de Pensiones en México, Bancomer, México, 1996.
13. Inverlat, Análisis Económico, México, abril de 1996.

La reforma de la seguridad social en Estados Unidos

Elaine Levine

Cambios en las condiciones de empleo

La población económicamente activa en los Estados Unidos hoy se enfrenta a un mercado laboral muy diferente al de hace unas décadas atrás. La situación actual obedece a nuevas condiciones impuestas por la reestructuración de las empresas y la flexibilización de los procesos de producción, que a su vez han sido la respuesta empresarial a la creciente competencia internacional. Para los trabajadores, tanto los de cuello blanco como los de cuello azul, el resultado ha sido mayor inestabilidad y mayor inseguridad en términos de sus empleos y también de sus ingresos. En primer lugar, más allá de las fluctuaciones cíclicas, el nivel general de desempleo ha aumentado paulatinamente a lo largo de la posguerra. Además, durante los últimos cinco años la tasa de desempleo ha sido levemente mayor entre los hombres que entre las mujeres, en contraste con la tendencia de las últimas cuatro décadas.

Por otra parte, La proporción de la fuerza de trabajo empleada en el sector manufacturero ha disminuido crecientemente, desde el 33.7% en 1950 al 27.3% en 1970 y hasta sólo el 16.2% en 1993. Entre 1979 y 1993, mientras la fuerza laboral no agrícola aumentó en 23.8 millones, el sector manufacturero eliminó a 3.1 millones de empleos y el resto del sector productor de bienes, que incluye también la minería y la construcción, eliminó a otros 47 mil puestos de trabajo.¹ De manera que parece estar desapareciendo lo que anteriormente

¹ *Economic Report of the President 1994*, United States Government Printing Office, Washington, D.C., p. 318.

constituía, sin realizar estudios de nivel superior, un camino rápido y seguro para alcanzar un buen nivel de vida en los Estados Unidos; esta opción ya no existe para la mayoría de los jóvenes que ingresan hoy al mercado laboral.

Hay una correlación creciente del nivel de escolaridad con el nivel de ingresos y mayor polaridad en la escala salarial. Durante las primeras décadas de la posguerra los ingresos de los asalariados a ambos extremos de la escala aumentaron más o menos al mismo ritmo. Incluso en algunas ramas productivas la diferencia entre las remuneraciones más altas y las más bajas disminuyó, debido en buena medida al poder de los sindicatos. Estas tendencias prevalecieron hasta mediados de los años setenta. Actualmente los ingresos de los jefes corporativos crecen sin precedentes al mismo tiempo que sus empresas implementan programas de reestructuración que dejan sin empleo a decenas de miles de trabajadores. Entre 1977 y 1990 la remuneración promedio de los altos ejecutivos de las corporaciones estadounidenses creció aproximadamente 220% o a una tasa anual compuesta del 12%.² Robert Reich, el actual Secretario de Trabajo de los Estados Unidos, sostiene que esta diferencia creciente en los niveles de ingresos esta íntimamente vinculado con el nivel educativo.³

Lo anterior esta relacionado también con el hecho de que el costo del trabajo directo en la línea de producción es una parte cada vez menor del precio final de los productos. En procesos tan intensivos en mano de obra como el ensamblaje de radios o computadoras el costo directo de la mano de obra constituye menos del 20% y esta disminuyendo.⁴ De hecho la distinción entre trabajo productivo y trabajo no productivo o entre la producción de bienes y la producción de servicios es cada vez más difícil de discernir. La transformación de los productos y los servicios y los procesos productivos mismos es tan veloz que a veces rebasa las definiciones convencionales del momento.

Reich, por ejemplo, considera que la distinción convencional entre bienes y servicios ya no tiene sentido. Afirma que para entender lo que pasa con los empleos en Estados Unidos y poder explicar las crecientes disparidades entre el bienestar económico de unos trabajadores y de otros, es necesario contemplar el trabajo en términos de la posición competitiva que las diversas tareas o trabajos realizados ocupan dentro de la economía global.⁵ Él y algunos otros autores plantean que el polo principal de la producción, y por lo tanto del liderazgo económico a nivel mundial, ya no radica en la producción material de los bienes y ni siquiera en el financiamiento de la producción, sino más bien en la conceptualización, diseño, etc. de los bienes y servicios así como de los procesos por medio de los cuales serán producidos.

Estas tendencias están de alguna manera reflejadas en el crecimiento del empleo en el llamado sector servicios. Entre 1979 y 1993 se crearon en este sector 23.8 millones de nuevos puestos de trabajo. De esta manera se absorbió la mayor parte del incremento natural en la Población Económicamente Activa (PEA) y se reubicó a la mayoría de las personas desplazadas de la industria manufacturera durante el mismo lapso. Sin embargo el proceso de absorción y reubicación se ha vuelto cada vez más difícil. Los periodos de desempleo tienden a ser más largos y la mayoría de los trabajadores desplazados de la manufactura tuvieron que aceptar una remuneración menor.

No obstante lo anterior, la reestructuración industrial de los últimos lustros ha significado no sólo la pérdida de puestos de cuello azul sino la eliminación de muchos empleos de cuello blanco también. Una de las características particulares de la recesión de 1990-1991 fue el creciente número de empleados de cuello blanco que se quedaron sin empleo. Por otra parte, una de las características más desconcertantes de la recuperación cíclica posterior a esa recesión fue la extrema lentitud en la recuperación del nivel de empleo.

Aunados a las crecientes dificultades para conseguir y mantener un empleo, es cada vez más difícil encontrar un empleo bien remunerado, sobre todo para el aproximadamente 80% de la población que no detentan títulos universitarios. A principios de 1993, se estimaba que 43% de los trabajadores entre los 18 y los 24 años se encontraban en empleos de salario mínimo en

² Robert Reich, *The Work of Nations*, Vintage Books, Random House, New York, 1992, pp. 203-204.

³ *Ibidem.*, pp. 204-205.

⁴ Peter F. Drucker, *The New Realities*, Harper and Row Publishers, New York, 1989, p. 150.

⁵ Reich, *op. cit.*, pp. 85, 173.

comparación con sólo el 23% en 1981.⁶ Un empleo al salario mínimo en los Estados Unidos (\$4.25 dólares por hora) no proporciona un ingreso suficiente para mantener a una familia de tres personas fuera de la pobreza.

Al iniciarse la década de los años noventa más de la mitad de los 32.5 millones de personas clasificadas oficialmente como pobres -y casi dos tercios de los niños pobres- vivían en familias donde por lo menos una persona tenía empleo. El número de personas que son pobres a pesar de que tienen empleo ha llegado al nivel más alto de toda la posguerra. Entre 1978 y 1987 el número de *working poor* (los que trabajan pero que no ganan lo suficiente para mantenerse -o mantener a sus familias- fuera de la pobreza) se aumentó en casi dos millones, que significa un incremento del 23%. Para trabajadores de tiempo completo con empleo durante todo el año la proporción de los que tienen ingresos por debajo de la medida oficial de la pobreza se incrementó 43% durante el lapso mencionado.⁷

Como señala Reich, prácticamente a lo largo de las primeras tres décadas de la posguerra, hasta mediados de los años 70 se asociaba la pobreza con la falta de un empleo.⁸ Sin embargo esta premisa ya no rige en un momento en que aumenta rápidamente el número de empleos mal remunerados y también la proporción de empleos temporales y de medio tiempo o tiempo parcial. Según un artículo publicado en la revista *Time* en abril de 1993, se estimaba que uno de cada tres trabajadores estadounidenses tenían empleos temporales o de tiempo parcial y que para el año 2,000 el número de este tipo de puestos podría rebasar el de los empleos permanentes de tiempo completo.⁹

Muchos de los nuevos puestos temporales y de tiempo parcial son ocupados por personas que quisieran tener puestos fijos de tiempo completo. Pero una vez que aparecen trabajadores temporales en una empresa se multiplican rápidamente, desplazando a trabajadores permanentes. En términos generales la diferencia salarial para trabajos temporales o de tiempo parcial es poca con respecto a los salarios pagados en puestos permanentes. El gran ahorro para las empresas proviene de los *fringe benefits* -prestaciones como

vacaciones pagadas, contribuciones a fondos de jubilación, primas de seguros de gastos médicos, etc.- que no se pagan en el caso de los primeros. Aquí la diferencia es considerable. Parte de la reestructuración industrial de los últimos años ha sido orientada a bajar costos limitando este tipo de prestaciones o eliminándolas al sustituir trabajadores permanentes con trabajadores "desechables".

Este tipo de prácticas ha incrementado la flexibilidad y la rentabilidad de las empresas a expensas de la estabilidad y la seguridad de sus empleados. Además hay muy pocas tareas que no son aptas para ser subcontratadas en el momento en que a la empresa le convenga. En un momento dado casi no habrá trabajos demasiado pequeños o demasiado grandes para ser realizados por consultores y asesores externos o trabajadores temporales cuyas aptitudes pueden variar desde habilidades manuales mínimas hasta la preparación científica y tecnológica más sofisticada. Desde jardineros, niñeras, pintores de brocha gorda hasta médicos, abogados, ingenieros, analistas de sistemas, especialistas en finanzas etc. se contratan por obra determinada. Es decir, en el mundo de los trabajos temporales y/o la contratación de servicios especializados también se da una polarización entre un grupo relativamente pequeño, que constituyen una verdadera élite, cuyos conocimientos son altamente cotizados y la gran cantidad de personas de escasa preparación especializada que están sujetos a la más alta inseguridad e inestabilidad en cuanto a su nivel de ingresos y perspectivas de empleo.

Nuevos retos para la seguridad social

Indudablemente, estas nuevas condiciones prevalecientes en el mercado laboral plantean nuevas exigencias para el sistema de seguridad social. En varios países tanto de Europa como de América se discuten hoy día diversas propuestas para reformar los programas existentes de seguridad social. Desgraciadamente el elemento que más ha motivado la actual ola reformadora es la necesidad de frenar los crecientes gastos gubernamentales -en el caso de los países europeos o de los Estados Unidos y Canadá- o de crear fuentes de ahorro interno -como parece ser el caso de México y algunos otros países de América Latina- y no la intención de proporcionar más y mejores servicios para una población creciente que cada vez más los requiere.

⁶ John Greenwald, "The Job Freeze" en *Time*, vol. 141, núm. 5, febrero 1, 1993, p. 52.

⁷ Reich. *op. cit.*, pp. 203-204.

⁸ *Ibidem.*, p. 203.

⁹ Janice Castro, "Disposable Workers", *Time*, vol. 141, núm. 16, 19 de abril 1993, p. 40.

En Estados Unidos la tendencia ahora es proponer mayores recortes e imponer nuevas restricciones precisamente en los programas orientados a la asistencia pública y en cuanto a los seguros propiamente dichos -como el seguro para la jubilación y el que cubre los gastos médicos de los jubilados- se busca establecer mecanismos que frenen un poco su crecimiento. Desde luego, entre la población en general, o por lo menos entre quienes suelen votar, los programas de seguros gozan de una mayor aceptación y legitimidad que los programas de asistencia pública. Por otra parte, existe actualmente una gran efervescencia de los grupos que quieren trasladar muchas de las funciones y de los atributos del gobierno federal a los gobiernos estatales y locales.

Fue solamente a raíz de la crisis económica de 1929, y la depresión generalizada que la siguió, que se abrió paso por primera vez a una participación más activa del gobierno federal en ciertos aspectos de la vida económica y de la política social, espacios que antes habían sido reservados precisamente sólo para los gobiernos estatales y locales. Los primeros programas de asistencia gubernamental de emergencia implementados por Franklin D. Roosevelt provocaron resistencias entre los empresarios quienes consideraban a este tipo de medidas como una interferencia indebida en el mercado laboral. El conflicto entre las demandas populares, dada la duración y profundidad de la crisis, y la oposición empresarial fue mediado exitosamente por la administración Roosevelt, obteniendo como resultado la Social Security Act (Ley de Seguridad Social) de 1935.

Con esta ley¹⁰ se estableció el sistema de pensiones de jubilación -Old Age, Survivors, and Disability Insurance (Seguro para la vejez, para los sobrevivientes y por incapacidad permanente), OASDI administrado por el gobierno federal que se conoce comúnmente como *social security*, financiado con las cotizaciones por partes iguales de patrones y empleados, y que actualmente incluye a aproximadamente 97% de la fuerza laboral. Al mismo tiempo se crearon mecanismos que obligaron a los gobiernos estatales a establecer seguros de desempleo financiados por un impuesto sobre las nóminas.

¹⁰ Para una descripción completa de los programas sociales del gobierno federal de los Estados Unidos y un seguimiento de las enmiendas a los mismos desde 1935 hasta la fecha ver el *Annual Statistical Supplement to the Social Security Bulletin*, publicado anualmente por el Social Security Administration del U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.

cubierto por las empresas. También se otorgó financiamiento federal complementario a los estados, comúnmente conocido como *welfare*, para la asistencia directa a mujeres solas con hijos, que no tenían otra fuente de manutención -bajo el programa denominado AFDC (Ayuda para Familias con Niños Dependientes)- y por otra parte ayuda para ancianos sin recursos, niños minusválidos, los débiles mentales y los ciegos, que desde 1972 existe como un programa federal denominado Supplemental Security Income (*SSI*).

El cambio más importante en la estructura del gasto social fue la incorporación en 1965 de un seguro de gastos médicos y de hospital para las personas jubiladas llamado *medicare* y un programa asistencial llamado *medicaid* para cubrir los gastos médicos y hospitalarios de algunos grupos de personas muy pobres. Con la excepción de estos dos programas, y no obstante innumerables propuestas para cambiarlo, el sistema de prestaciones sociales proporcionados por el gobierno federal establecido en 1935, permaneció más o menos intacto hasta la aprobación en agosto de 1996 de reformas fundamentales en el programa de asistencia pública denominado AFDC. La llamada "reforma" del *welfare* significa la desaparición del programa federal de AFDC, que será sustituido por una serie de programas establecidos por cada estado para proporcionar Temporary Assistance to Needy Families, TANF (Ayuda Temporal a Familias Necesitadas).

El objetivo central del sistema en conjunto siempre ha sido asegurar un ingreso a quienes hayan tenido una participación regular en la fuerza laboral cuando ya no estén en condiciones de trabajar, así como proteger a los trabajadores activos de los vaivenes del mercado laboral mediante un seguro de desempleo de vigencia temporal. El Aid to Families with Dependent Children (AFDC) o *welfare* estaba dirigido básicamente a viudas con hijos pequeños que no tuvieran otra protección. El supuesto subyacente era que a mediano plazo, con la maduración de los otros seguros gubernamentales y la generalización de los seguros privados, la necesidad para este tipo de asistencia pública directa desaparecería; pero en la práctica no sucedió así.

Por otra parte, dado la naturaleza de los programas y los cambios económicos, políticos, sociales y demográficos que han ocurrido a lo largo de la posguerra, la proporción del gasto social total cubierto por el gobierno federal creció notablemente entre 1950, cuando constituía alrededor del 45% del total, y mediados de los ochenta cuando alcanzó el 62%. Al mismo tiempo el peso

de los gastos sociales se incrementó con respecto a los gastos gubernamentales en general, pero el aumento fue mayor a nivel federal. Entre 1965 y 1992 el gasto social pasó del 32.6% del gasto federal total al 61.6% de éste, mientras que a nivel estatal y local el incremento fue del 60.4% a 70.6%.¹¹ De ahí las crecientes presiones para reducir el gasto social del gobierno federal. De hecho a partir de 1980 han ganado terreno político las corrientes que pretenden disminuir el peso económico del gobierno federal. Sin embargo hasta la fecha sus victorias han sido más retóricas que reales. La participación del gasto federal en el PIB alcanzó su cifra máxima de la época de posguerra (24.4%) en 1983, durante la administración de Ronald Reagan. En 1994 todavía representaba el 22% del PIB, cifra levemente mayor que el promedio que prevaleció durante la década de los setenta, cuando el creciente peso del gasto federal empezó a ser motivo de preocupación generalizada.¹²

En 1993 la erogación para *social security* rebasó por primera vez el monto gastado en defensa, convirtiéndose así en el principal rubro del presupuesto federal. En 1995 el gasto total del gobierno federal se distribuyó de la siguiente manera: Social Security 21.8%; Defensa 17.6%; Intereses Netos 15.2%; Ingresos y Asistencia -incluyendo Medicaid- para Individuos Necesitados 14.4%; Medicare 10.2%; Otros Gastos de Salud (no incluidos en los dos rubros anteriores) 7.4%; Educación 3.6%; Transporte 2.5%; Beneficios para Veteranos 2.4%; y Otros gastos 5.3%.¹³ Los rubros que han registrado los mayores ritmos de crecimiento durante los últimos lustros son los intereses netos y los gastos por concepto de los seguros médicos gubernamentales *medicare* y *medicaid*.

Estados Unidos es el único de los países altamente industrializados que no tiene un programa o un sistema nacional de salud que proporcione atención médica y hospitalaria a toda la población. Sin embargo es el país que más gasta en salud, tanto en términos relativos como absolutos. En 1993 se gastó el 14.1% del PIB estadounidense en salud. Canadá que ocupa el segundo lugar,

en términos relativos, gastó el 10.2% de su PIB en este rubro. Con excepción de Grecia, México y Turquía, los demás países del OCDE gastaron entre el 6.7 y el 9.9% de sus respectivos PIBs en salud, en 1993. Puesto que el gasto gubernamental por concepto de salud es más o menos proporcionalmente igual en Estados Unidos que en otros países industrializados -es 6.2% del PIB y el rango para el resto del OCDE con excepción de Grecia, México, Portugal y Turquía es de entre el 5.1 y el 7.6%- resulta que el gasto privado es mucho mayor. En Estados Unidos los gastos privados en salud absorben el 7.9% del PIB mientras que entre los demás países del OCDE este tipo de gasto se ubica entre el 0.6 y el 3.2% del PIB.¹⁴ Estas diferencias se deben básicamente a que en Estados Unidos la atención a la salud es una mercancía como cualquier otra que se compra y se vende en el mercado. Por lo tanto, se privilegia la medicina curativa por encima de la preventiva.

En cuanto a los otros tipos de prestaciones sociales como pensiones de jubilación, seguros de desempleo, asistencia pública, etc. los montos o los periodos cubiertos tienden a ser menores en el caso de los Estados Unidos que en los países europeos o Canadá, por ejemplo. Este hecho es concordante con la tasa relativamente baja de impuestos que se paga en aquél país. En una lista de 24 países del OCDE sólo dos, Turquía y Australia, mostraban menores porcentajes de impuestos con respecto a sus productos internos brutos. El porcentaje estadounidense fue del 29.4% en 1992, igual que el de Japón. Para los 20 países restantes la relación de impuestos con respecto al PIB variaba entre el 32 y el 50%.¹⁵ Desde sus orígenes como nación los estadounidenses han mostrado un rechazo a los impuestos y en particular a aquellos con fines claramente redistributivos.

Jubilación

No es de extrañarse, entonces, que el programa de gasto social más exitoso y el que goza de mayor aceptación entre la ciudadanía es el seguro federal de jubilación, Old Age Survivors and Disability Insurance (Seguro para la vejez, para los sobrevivientes y por incapacidad permanente) OASDI, mejor conocido

¹¹ *Social Security Bulletin*, vol. 58, núm. 2, verano 1995, p. 72.

¹² *Statistical Abstract of the United States: 1995*, U.S. Bureau of the Census, Washington D.C., p. 333. Aquí cabe señalar que la mayor parte, más del 50%, del gasto social estatal y local está dedicado a la educación, rubro al cual el gobierno federal aporta solamente alrededor del 7% del gasto total por este concepto.

Ibidem., p. 335.

¹⁴ *Ibidem.*, p. 853.

¹⁵ *Statistical Abstract of the United States: 1995*, *op. cit.*, p. 860.

como *social security*. Se considera al *social security* más como un ahorro que como una transferencia. Este programa ha sido muy importante para mantener a personas de edad avanzada fuera de la pobreza. Se ha estimado que 15 millones de personas retiradas estarían en la pobreza si no tuvieran esta prestación; pero la mayor parte de la erogación por concepto de *social security* beneficia a personas de ingresos medios o altos.¹⁶ Este rubro es el componente más grande del gasto social federal y desde 1993 también lo es de todo el presupuesto federal.¹⁷ Aún así, casi nunca se refiere a este programa en las discusiones de cómo equilibrar el presupuesto federal, porque su costo está financiado directamente por las cotizaciones de los trabajadores y sus patrones. Sin embargo el hecho de que en un futuro no muy lejano los egresos del fondo del *social security* superarán a sus entradas empieza a provocar preocupación y debate en el Congreso.

De hecho, este seguro es la piedra angular de todo el sistema establecido con la Social Security Act de 1935. Fue diseñado para premiar el esfuerzo de quienes hayan tenido una participación consistente en la fuerza laboral a lo largo de su vida y proveer para sus familias en caso de su fallecimiento. Las pensiones son financiadas por medio de un fondo revolving formado por un impuesto sobre las nóminas pagado por partes iguales entre patrones y trabajadores. Los que tienen su propio negocio o trabajan por cuenta propia pueden auto-asegurarse pagando las dos partes correspondientes.

Actualmente la tasa para los empleados es del 5.6% para el seguro de jubilación y otro 0.6% para el seguro de incapacidad, i.e. 6.2%, sobre sus ingresos anuales, hasta un máximo gravable que era de \$ 57,600 dólares en 1993 y que aumenta cada año en proporción al incremento del ingreso promedio. Para el seguro de gastos de hospital el descuento para empleadores y empleados, respectivamente, es del 1.45% y el ingreso anual máximo gravable para este fin fue de \$135,000 dólares en 1993. De manera que tanto el trabajador como el patrón aportan cada quien el 7.65% del ingreso anual del trabajador (hasta los límites arriba señaladas) para constituir el fondo del

seguro del OASDHI, Old Age, Survivors, Disability and Hospital Insurance (Seguro para la vejez, para los sobrevivientes, por incapacidad permanente y de hospitalización). A los patrones se les cobra otro 5.2% sobre sus nóminas para cubrir el costo de otros programas como el seguro de desempleo, indemnización por accidentes del trabajo, etc.

Los beneficiarios del OASDI son el trabajador o la trabajadora, su cónyuge que no trabaje, y sus hijos menores de 18 años. La edad para la jubilación con el 100% de los beneficios es de 65 años y después de haber trabajado y cotizado al sistema por lo menos durante 40 trimestres. Alrededor del 97% de la PEA esta inscrito en el régimen del *social security*. En 1993 el beneficio promedio mensual pagado por trabajador jubilado era de \$674.00 dólares y el promedio mensual que recibían un jubilado y su esposa (generalmente al cumplir ella los 62 años) era de \$1,145.00 dólares.¹⁸ A partir del año 2000, bajo la legislación ahora vigente, la edad para la jubilación con beneficios máximos será incrementada paulatinamente hasta que se sitúe en los 67 años de edad en el año 2022. Este cambio fue introducido en 1983 como parte de una serie de medidas diseñadas para evitar la inminente insolvencia del fondo del *social security*.

A principios de la década de los ochentas la combinación de ciertos cambios en la estructura económica -entre otros la estanflación de los años setenta- junto con la transformación natural de la pirámide demográfica y la ampliación progresiva de los beneficios del *social security*, dio lugar por primera vez a la posibilidad de que en unos cuantos años los ingresos del sistema no serían suficientes para cubrir los egresos, a menos que se hicieran algunas modificaciones. Por consiguiente, en 1983 el Congreso aprobó un incremento escalonado en las cotizaciones del 6.7% por ambas partes que eran en aquel entonces hasta el 7.65% actual, el aumento a futuro de la edad para la jubilación mencionado arriba, y el aplazamiento por seis meses del ajuste automático de los beneficios correspondiente al aumento anual en el costo de la vida.

Sin embargo, el creciente envejecimiento de la población estadounidense y el aumento en el número de trabajadores jóvenes con bajos ingresos auguran otra vez la posibilidad de una crisis financiera del sistema cuando los *baby*

¹⁶ "America's other welfare state", *U.S. News and World Report*, vol. 118, núm. 14, 10 de abril de 1995, p. 36.

¹⁷ A partir de 1993, tanto por recortes en el rubro de defensa como por incrementos en el gasto social, éste es ya el rubro más grande del gasto federal. Ver el *Statistical Abstract of the United States: 1995*, U.S. Bureau of the Census, Washington D.C., p. 335.

¹⁸ *Statistical Abstract of the United States: 1995*, op. cit., p.380.

boomers, que nacieron en los primeros años de la posguerra, empiecen a jubilarse. Según las proyecciones y de acuerdo con la legislación actual, los egresos anuales del fondo del *social security* empezarán a superar los ingresos por concepto de las cotizaciones en el año 2012. Siete años más tarde, en el 2019, los egresos serán mayores que los ingresos totales que incluyen las cotizaciones más los intereses ganados por la inversión de los excedentes en bonos federales. Para el año 2029 se prevé la insolvencia total del sistema si no se toman medidas para evitarla.

Actualmente se discuten diversas alternativas para evitar el colapso del *social security* en años venideros. Las medidas más obvias incluyen el aumento del impuesto para financiar el OASDI, una reducción en el monto de los beneficios pagados, o alguna combinación de las dos. Ninguna de estas opciones goza de un apoyo generalizado en el momento actual. Por lo tanto, también han surgido una serie de propuestas más drásticas que van desde sugerir un cambio en la forma de inversión de los excedentes del fondo -a inversiones en valores en vez de invertirlos en bonos del tesoro federal- hasta plantear la individualización de las cuentas, o incluso hablar de la privatización total del sistema, es decir la desaparición de un seguro gubernamental de jubilación como un derecho casi universal para los trabajadores estadounidenses. Varias generaciones crecieron con la seguridad de que recibirían los beneficios del *social security* pero muchos de los que han ingresado recientemente a la PEA empiezan a dudar de que ellos gozarán de esta prestación.

Tal vez ésta es una de las razones por las que ha crecido tanto el gasto privado para planes de jubilación. En 1991 los trabajadores estadounidenses, a través de planes ofrecidos por las empresas donde trabajan, invirtieron \$171 mil millones de dólares en *income maintenance*, es decir programas para proporcionarles ingresos en caso de desempleo o cuando se jubilen. La mayor parte de dicha inversión, \$146.7 mmd, fue canalizada hacia planes de jubilación. Aún cuando el rubro más grande del gasto privado para el bienestar es el de la salud, el rubro de *income maintenance* es el que creció más rápidamente durante las últimas dos décadas, con un aumento del 246% en términos reales entre 1972 y 1991.¹⁹ Aproximadamente el 40% de los trabajadores (39.2% en el año 1993) participan en algún plan privado de pensiones.²⁰

No hay duda de que la pensión del OASDI y la incorporación en 1965 de un seguro de gastos médicos mayores llamado *medicare* -que tiene una Parte A, de Hospital Insurance (Seguro de hospitalización), que convirtió a este programa en OASDHI, *Old Age, Survivors, Disability and Hospital Insurance* (Seguro para la vejez, para los sobrevivientes, por incapacidad permanente y de hospitalización) y una Parte B, de *Supplemental Medical Insurance* (Seguro Suplementario para Gastos Médicos) SMI, que es voluntaria- han evitado a millones de ancianos el verse relegados a vivir en la pobreza. Tampoco hay duda de que a mediano plazo este seguro es insostenible bajo las provisiones actuales. Si a lo largo de 1996 no se habló más de la urgencia de hacer algunos cambios en el régimen del *social security* es porque a ningún político le gusta referirse a decisiones difíciles en un año electoral y, aún cuando el seguro de jubilación es de alguna manera el corazón de todo el sistema de seguridad social en los Estados Unidos, hay problemas todavía más apremiantes dentro del mismo. Uno de ellos es precisamente el *medicare*; este programa podría llegar a la insolvencia en el año 2001.

Salud

Como ya se mencionó, una carencia grave del sistema de seguridad social en los Estados Unidos es precisamente la ausencia de un programa nacional de servicios de atención a la salud. Se gasta más del 14% del PIB en servicios médicos y hospitalarios -más que cualquier otro país del mundo- y es el único de los países industrializados que no tiene un sistema de cobertura universal para su población. Si no hay alguna modificación del sistema actual -de servicios médicos netamente privados y de seguros privados y/o gubernamentales para cubrir los costos- el gasto total (público y privado) para servicios de salud absorberá el 19% del PIB a fines del presente siglo.²¹ Los altos y constantemente crecientes costos de los servicios médicos se han convertido en un problema apremiante para una parte importante de la población estadounidense. Treinta y siete millones de personas, 14% de la población total del país, no tiene ningún seguro de salud, mientras otros 25

¹⁹ *Social Security Bulletin*, vol. 57, núm. 1, primavera 1994, p. 87

²⁰ *Statistical Abstract of the United States: 1995*, op. cit., p.383.

²¹ *Health Security: The President's Report to the American People*, The White House Domestic Policy Council, Washington D.C., 1993, p. 7.

millones que sí están asegurados tienen una cobertura insuficiente.²² Para ellos, un accidente o una enfermedad prolongada pueden eliminar los ahorros de toda una vida.

En 1965, cuando el costo de la atención a la salud no era todavía tan exagerado, se estableció un seguro gubernamental de gastos médicos mayores para las personas jubiladas, el *medicare*, financiado con cotizaciones adicionales a las del seguro de jubilación. Al mismo tiempo se creó también un programa asistencial llamado *medicaid* para cubrir gastos médicos y hospitalarios de ciertos grupos de personas muy pobres -ancianos, ciegos, incapacitados y aquellas familias con niños menores de edad que calificaban para recibir asistencia pública bajo el programa de AFDC. Posteriormente se incluyó también a mujeres embarazadas y niños cuando el ingreso familiar no rebasa el 133% del nivel oficial de la pobreza. El resto de la población o paga los servicios de salud de su bolsillo o cuenta con un seguro privado para cubrir este tipo de gastos. De aquellas personas que tienen seguros privados para cubrir sus gastos médicos, alrededor del 90% son aseguradas a través de su empleo o el del jefe de familia. En muchos casos los trabajadores tienen que aportar parte del costo de las primas.²³

Durante las últimas décadas, el costo de los servicios de salud ha crecido dos veces más que la tasa general de inflación.²⁴ Paralelamente se han incrementado las primas de los seguros correspondientes. Los dos programas gubernamentales que existen hoy día, *medicare* y *medicaid* se encuentran entre los rubros de más rápido crecimiento dentro del presupuesto federal de los Estados Unidos. Sin embargo, hay varios aspectos que no están cubiertos, o no satisfactoriamente cubiertos, por estos dos programas. Por consiguiente, muchas personas de edad avanzada, que pueden pagar por ellos, tienen seguros privados adicionales para cubrir los "huecos" no cubiertos por el *medicare*. En el caso de las personas de escasos recursos, se estima que solamente alrededor de la mitad de las personas que tienen ingresos por debajo de la línea de la pobreza tienen acceso al *medicaid*.²⁵ En 1993, por ejemplo "sólo el

48% de personas que vivían en la pobreza fueron beneficiarios del *medicaid* en alguna ocasión durante el año.²⁶

Por otro lado, uno de los principales blancos para recortes en el caso de las prestaciones otorgadas a sus empleados por las empresas privadas -que en números crecientes, desde la década pasada, han implementado programas de reestructuración- han sido los seguros médicos, cuyo costo se ha disparado considerablemente. Parte de la solución para los empresarios ha sido transferir un porcentaje creciente de este gasto a los trabajadores, a través de deducibles y pagos compartidos más altos, y también obligándoles a pagar una proporción mayor de las primas correspondientes. Otra vía ha sido la sustitución de muchos trabajadores de base y puestos de tiempo completo, con trabajadores temporales y/o de medio tiempo quienes generalmente no tienen derecho a este tipo de prestación.²⁷

También han crecido marcadamente diversas formas de lo que se llama *managed care* (atención administrada) a través de Health Management Organizations (Organizaciones para la Administración de la Salud) HMOS -que son constituidas por un centro médico u hospital y/o grupos de médicos vinculados a uno o varios hospitales- que proporcionan una amplia gama de servicios a los miembros de la organización, quienes pagan una cuota fija mensual- o las denominadas Preferred Provider Organizations (Agrupaciones de Proveedores Preferidos) PPOS -que son grupos de médicos y hospitales que contratan con los inscritos para proporcionar servicios a los miembros a un costo menor- o agrupaciones similares que combinan características de estos dos. Su desarrollo ha sido, en buena medida, el resultado de los esfuerzos de las empresas para reducir el costo de los seguros médicos que proporcionan a sus empleados. Muchas empresas ahora aseguran a sus empleados a través de mecanismos de este tipo, cuyo crecimiento ha sido realmente espectacular en los últimos años. En 1987 solamente el 27% de las personas aseguradas vía su empleo o el del jefe de la familia estaban inscritos en algún tipo de *managed care*, y ya para 1995, el 69% de los asegurados así estaban en *managed care*.²⁸

²² *Ibidem*.

²³ *Ibidem*., p. 81.

²⁴ *Ibidem*., p. 91.

²⁵ "Return of Health Care", *The Washington Post*, 31 de Marzo de 1995, p. 30; y Erik Eckholm, ed., *Solving America's Health-Care Crisis*, Times Books, Random House, New York, 1993, p. 8.

²⁶ Mark Merlis, "Medicaid: Program Description and Recent Trends", *CRS Report for Congress*, Congressional Research Service, The Library of Congress, actualizado el 27 de julio de 1995, p. 2.

²⁷ Eckholm, *op. cit.*, p. 6.

²⁸ Beth C. Fuchs, Bob Lyke, Jennifer O'Sullivan y Richard Price, "Medicare: the Restructuring Debate" *CRS Issue Brief*, Congressional Research Service, The Library of Congress, actualizado el 18 de junio de 1996, p. 3.

Según estimaciones recientes, aproximadamente 134 millones de personas, alrededor de la mitad de la población estadounidense, están inscritos en algún tipo de *managed care*. En general se considera que este gran aumento en el *managed care* es lo que ha frenado un poco el acelerado crecimiento de los costos de la atención a la salud. Cifras gubernamentales indican que el ritmo de crecimiento del costo de los servicios de salud -que alcanzaba los dos dígitos durante los primeros años de la década- fue de sólo el 6.4% en 1994. Este es el nivel de crecimiento más bajo para el rubro de los últimos 35 años.²⁹

Pero entre ciertos sectores han surgido temores de que los éxitos del *managed care* se deben a una disminución de opciones, e incluso de servicios, para los usuarios. La mayoría de los más de 1,500 planes, o compañías, de *managed care* que existen actualmente en los Estados Unidos funcionan para obtener ganancias. Al mismo tiempo que muchos congresistas ven la generalización del *managed care* como una solución para los crecientes gastos gubernamentales por concepto de *medicare* y *medicaid*, otros manifiestan sus preocupaciones sobre los altos salarios de los ejecutivos de estas compañías. Como señala Stuart Auerbach en el *Washington Post*, hace dos décadas había inconformidad por los ingresos tan altos de los médicos y se consideraba que se debían, de alguna manera, a que el gobierno estaba solventando el costo de la atención a la salud de las personas de edad avanzada a través de *medicare*. Ahora tanto médicos como pacientes se quejan de los altos ingresos de los ejecutivos del *managed care*, que según ellos devienen de negar servicios a los usuarios y pagar mal a los médicos.³⁰ De todas formas, parece que el *managed care* va a jugar un papel cada vez más importante en los Estados Unidos y que cualquier reforma futura del sistema de atención a la salud contemplará un rol importante para el *managed care*.

Entre 1940 y 1970, la cobertura de los diversos programas de seguros de salud tanto públicos como privados, fue creciente. Pero a partir de la década de los años ochenta, al mismo tiempo que los costos médicos y hospitalarios se incrementaron a ritmos crecientes, el número de personas sin ningún tipo

de cobertura creció cada vez más. El problema es tan grave que fue uno de los puntos centrales de la primera campaña electoral de Bill Clinton quien, al iniciar su mandato, designó a su esposa Hillary Rodham Clinton para encabezar una comisión para elaborar una propuesta de legislación para remediar esta situación.

Sin embargo, la propuesta, que hubiera establecido la cobertura universal -financiada principalmente con aportaciones de las empresas- sin modificar substancialmente el sistema actual de atención a la salud, arraigado en el sector privado, no fue aprobada por el Congreso. La derrota de esta iniciativa demuestra que en Estados Unidos hoy -a diferencia del gran número de países que consideran que la atención a la salud es un derecho- los servicios de salud son una mercancía cada vez más cara que generalmente se encuentra incluida en el paquete de beneficios extras (*fringe benefits*) que acompañan solamente a un buen empleo.

La administración Clinton parece haber abandonado la idea de tratar de establecer algún sistema que garantizara atención médica y de hospital a todos los estadounidenses. El Presidente estaba muy ocupado con su campaña electoral y sus confrontaciones con la mayoría Republicana en el Congreso sobre cómo equilibrar el presupuesto federal para el año 2002. Dos blancos seguros para los recortes³¹ son *medicare* y *medicaid*. Estos dos rubros junto con el pago de intereses sobre la deuda pública se encuentran entre los componentes de más rápido crecimiento del presupuesto federal. La magnitud de los incrementos se ve claramente al observar como el *health insurance* (seguro de salud) o *medicare* ha crecido con respecto al monto total del *social security*, y como el *medicaid* ha aumentado con respecto al monto asignado para la asistencia pública o el *welfare*. En 1970 el *medicare* representaba el 19.4% de la erogación por concepto de *old age, survivors, disability and health insurance* (los seguros para la vejez, para los sobrevivientes, por incapacidad permanente, de hospitalización y de gastos médicos); aumentó al 23% en 1980

³¹ Cabe señalar aquí que cuando se habla de recortes al presupuesto federal se refiere generalmente no a una disminución absoluta en la erogación correspondiente, sino más bien a una disminución en el ritmo de crecimiento de dicha erogación, para lograr un monto de gasto a futuro menor de lo que hubiera sido de no efectuarse dicho "recorte", y así contribuir a alcanzar un presupuesto equilibrado en alguna fecha futura.

²⁹ Stuart Auerbach, "Managed Care Backlash", *The Washington Post*, sección de Health News, 25 de junio, 1996, p. 13.

³⁰ *Ibidem.*, p. 14.

y al 31.7% en 1992. El *medicaid* absorbía el 51.6% de los fondos asignados para la asistencia pública en 1970, el 61.8% en 1980 y el 80.4% en 1992.³²

Las diversas propuestas lanzadas pretenden, todas, frenar el crecimiento del monto que el gobierno federal gasta por concepto de *medicare* y *medicaid*. Pero más que enfrentar directamente el problema del crecimiento del costo de los servicios médicos y hospitalarios en general, pretenden resolverlo en base a la competencia en el mercado vía la expansión del *managed care* entre los beneficiarios. En el caso del *medicare*, las propuestas más importantes debatidas en el Congreso buscan transformar este programa -que está reglamentado y financiado por el gobierno federal en base al sistema de *fee-for-service* (pago por servicio)- en un sistema *market-based*, es decir aún más arraigado en el mercado que el sistema actual, donde los asegurados puedan escoger entre diversas opciones de planes de *managed care* o el actual *fee-for-service*. La idea es que los diversos planes tendrían que competir entre sí en base a los precios, la calidad y los servicios ofrecidos.³³

Una de las cuestiones más importantes en el debate sobre el *medicare* es decidir qué parte del costo total del programa será financiado por el gobierno federal.³⁴ Actualmente el programa de *medicare* tiene dos partes. La Parte A, que cubre gastos de hospitalización, esta financiada por el impuesto del 1.45% sobre salarios que pagan tanto trabajadores como patrones, para un total del 2.9% sobre las nóminas. Según las proyecciones los egresos del fondo empezarán a superar a los ingresos en 1996 y el fondo podría agotarse en el año 2001.³⁵ La Parte B del *medicare*, que cubre gastos médicos fuera del hospital, es voluntaria y pueden inscribirse todas las personas mayores de 65 años mediante el pago de una prima mensual, que en 1996 es de \$42.50 dólares. Esta prima generalmente cubre alrededor del 25% del costo de los servicios médicos proporcionados a los derechohabientes del *medicare* y el gobierno federal cubre el 75% restante, vía la recaudación de impuestos del público en general.³⁶

³² *Statistical Abstract of the United States: 1995, op. cit.*, p.375.

³³ Beth C. Fuchs, Bob Lyke, Jennifer O'Sullivan y Richard Price, *op. cit.*, pp. 5-8.

³⁴ *Ibidem.* p. 8

³⁵ *Ibidem.* p. 4.

³⁶ Jennifer O'Sullivan y Richard Price, "Medicare", *CRS Issue Brief*, Congressional Research Service, The Library of Congress, actualizado el 20 de junio de 1996, p. 2.

Hasta el momento no hay un acuerdo entre el Presidente y el Congreso sobre cómo y hasta qué punto se debería de frenar el creciente gasto para *medicare*. En diciembre de 1995 el Presidente vetó la legislación que el Congreso había aprobado al respecto. La propuesta planteaba metas, o límites, para los gastos de *medicare* que al ser alcanzadas pondrían en marcha automáticamente un mecanismo para reducir los pagos a los proveedores. Por otra parte se abrirían más opciones de *managed care* para los derechohabientes del *medicare* y se aumentarían las primas de la Parte B, en general, además de establecer una prima progresiva, con base en los ingresos de los asegurados. La contrapropuesta del Presidente también buscaba ampliar las opciones de los derechohabientes y limitar los pagos a los proveedores pero sin establecer límites al gasto total que automáticamente pondrían en marcha una disminución. Parece ser que el desacuerdo fundamental radica en qué tanto se tiene que disminuir el crecimiento futuro de las erogaciones para *medicare*. Para Clinton y muchos Demócratas el aumento de las primas de la Parte B - para cubrir el 31.5% del costo real del programa en vez del 25% que cubren actualmente- no es necesario. Alegan que los Republicanos quieren el aumento para poder, por otro lado, disminuir los impuestos para la clase media.³⁷

En el caso de *medicaid*, que es un programa de asistencia pública, el costo esta cubierto totalmente por fondos gubernamentales. El gobierno federal aporta alrededor del 57% del costo del programa y los respectivos gobiernos estatales el 43% restante. Las metas principales de las reformas propuestas son reducir el crecimiento del gasto federal por este concepto y dar mayor flexibilidad a los gobiernos estatales para diseñar y administrar sus programas de asistencia médica para personas necesitadas. Muchos gobiernos estatales quieren más libertad para implementar programas de *managed care* para quienes reciben asistencia pública y también más libertad para decidir quiénes recibirán dicha asistencia.

Una propuesta aprobada por el Congreso pero vetada por el Presidente Clinton hubiera eliminado el programa federal de *medicaid*. Dicho programa hubiera sido sustituido por un programa de *medigrants*, a través del cual el gobierno federal asignaría *block grants* (asignaciones de un monto determinado) a cada uno los gobiernos estatales para que ellos determinen a

³⁷ *Ibidem.*, pp.1-11.

quiénes y cómo se proporcionaría la asistencia pública para servicios de atención a la salud.³⁸ Actualmente el gobierno federal garantiza asistencia bajo *medicaid* a determinados grupos de personas pobres, como ya se indicó arriba. Aunque solamente alrededor de la mitad de las personas pobres en los Estados Unidos cumplen los requisitos para beneficiarse del *medicaid*, existen temores de que al dar mayor discrecionalidad a los estados se atendería a una proporción todavía menor de esta población. La posición contraria es que los gobiernos estatales tendrían mayores posibilidades para aprovechar la competencia y las eficiencias del *managed care* y así proporcionar servicios médicos a un número mayor de personas a menor costo.³⁹

Por otra parte, a principios de agosto de 1996, se aprobó en el Congreso una ley que garantiza que nadie que tenga actualmente un seguro de salud, por medio de su empleo, podrá perderlo en caso de pérdida o cambio de empleo, aunque tengan alguna enfermedad crónica. Para muchas personas afectadas por la reestructuración y el adelgazamiento de las empresas, la pérdida del seguro de salud era tan terrible o aun peor que la pérdida de su empleo. Anteriormente tener una enfermedad crónica ya diagnosticada era motivo para que las aseguradoras se negaran a cubrir a algún trabajador o empleado nuevo; con esta medida tendrán que incluirlos en el plan existente de la empresa que los contrata. La medida también obliga a las aseguradoras a ofrecer pólizas individuales a personas, que tienen una póliza de grupo por medio de su empleo, y que en un momento dado pierden su empleo o lo dejan para trabajar por su cuenta. El Presidente Clinton ha manifestado su acuerdo con esta propuesta que mediante su firma se convertirá en ley.

Pero en el caso de las modificaciones al *medicare* y *medicaid*, no se llegó a ninguna resolución durante 1996. Están en juego los intereses de diversos grupos que tienen gran fuerza económica y/o política, como los médicos, los administradores de hospitales, las aseguradoras, las compañías de *managed care*, y todos los votantes que se acercan a o son mayores de los 65 años. De todas maneras las tendencias actuales indican que el *managed care* estará más presente, como una opción, tal vez con ciertos incentivos, en el caso de *medicare* y, posiblemente, como la única alternativa abierta para

muchos en el caso de *medicaid*. Puesto que las personas de escasos recursos no tienen fuerza política, es difícil esperar una resolución que sea muy favorable para ellos, dado el clima político y social conservador de los años noventa.

De los más de 37 millones de estadounidenses que no tienen ningún tipo de seguro de salud, el 85% pertenecen a familias donde hay un adulto que tiene empleo.⁴⁰ De hecho, el número de personas que tienen empleos de tiempo completo todo el año pero con ingresos por abajo del nivel de la pobreza, está incrementando. Durante los últimos quince años, por lo menos, el país más rico del mundo no ha podido proporcionar una mejoría en el nivel de vida de la mayoría de sus habitantes y tampoco está dispuesto a garantizar que todos tengan acceso a servicios básicos de salud.

Asistencia Pública

Hasta 1996, los cambios más importantes en los programas asistenciales del gobierno federal eran aquellos introducidos en la década de los sesenta. En 1964, en un discurso muy elocuente, el entonces Presidente de los Estados Unidos, Lyndon B. Johnson, anunció una "guerra contra la pobreza". Sin embargo la asignación de recursos para los nuevos programas contemplados en esta "guerra" nunca rebasó el 4% del gasto social del gobierno federal.⁴¹ El número de personas con ingresos por debajo de la línea de la pobreza llegó en 1973 a un nivel mínimo de 11.1%, o 23 millones de personas, a partir del cual volvió a crecer, fluctuando con los altibajos de la economía nacional. En 1993 había 39.3 millones de pobres en los Estados Unidos, el 15.1% de la población, y alrededor del 43% de ellos recibían asistencia monetaria del gobierno.⁴²

Cambios en la estructura familiar a lo largo de la posguerra, han alterado significativamente el perfil de quienes reciben el *welfare* y al mismo tiempo otros cambios socioeconómicos no previstos han incrementado sus números. La legislación social de la década de los sesenta creó varios programas

³⁸ *Health Security: The President's Report to the American People*, op. cit., p. 3.

⁴¹ Elaine Levine, "Deterioro del Estado Benefactor en Estados Unidos", en Rosa Cusminsky, editora, *Mito y Realidad de la Declinación de Estados Unidos*, CISEUA-UNAM, México, D.F. 1992, pp. 130-131.

⁴² *Statistical Abstract*, op. cit., p. 480 y U.S. Bureau of the Census, *Poverty in the United States: 1992*, Current Population Reports, Serie P60-185, pp. xi, xvii.

educativos y de capacitación orientados a ayudar a las personas de escasos recursos para mejorar su desempeño en el mercado laboral, pero sin contemplar, paralelamente, medidas encaminadas hacia la creación de empleos y la elevación del nivel de ingresos de las personas no altamente calificadas. Estos cambios no modificaron la estructura básica del AFDC o *welfare*, pero sí crearon muchas expectativas. En los años siguientes, cuando el gasto público por este concepto creció en vez de bajar, se desató una serie de críticas y ataques constantes al sistema que han dado lugar, finalmente, a las modificaciones aprobadas en agosto de 1996.

Uno de los programas más exitosos que surgió de los años sesenta es el programa *head start* para preparar a niños pobres, en edad preescolar, para un mejor aprovechamiento cuando lleguen a la primaria. No obstante los logros comprobados, el programa fue víctima de la oleada de recortes de los años ochenta y ha sido descartado en muchas localidades por falta de fondos. Actualmente sólo alcanza a un tercio de los niños que deberían de estar incorporados al programa.⁴³ El cambio más radical en el sistema de seguridad social desde su inicio en 1935, y también el más costoso, fue la implementación del seguro de gastos médicos llamado *medicare*. También se establecieron, en cada estado, los programas asistenciales designados como *medicaid* para la población que a su vez cumplía los requisitos para recibir algún tipo de asistencia pública monetaria.

Después del entusiasmo que surgió con los nuevos programas sociales durante las administraciones de Kennedy y sobre todo de Johnson -período cuando la mayor parte de la legislación al respecto fue aprobada- y el posterior desencanto con los mismos, Richard Nixon propuso -seguramente a sabiendas de que el Congreso nunca lo aprobaría- un programa para garantizar un ingreso mínimo muy modesto para cada familia estadounidense. Cuando Reagan llegó a la Casa Blanca logró recortar los incrementos presupuestales previstos para muchos de los programas aprobados en los años sesenta, entre ellos el *head start*, e incluso promovió la eliminación de algunos de ellos. Sin embargo *medicaid*, uno de los rubros de más rápido crecimiento dentro del presupuesto federal, no fue afectado.

Clinton, durante su primera campaña y en su primer discurso ante una sesión conjunta del Congreso en febrero de 1993, planteó entre sus metas prioritarias el establecimiento de un programa nacional de atención médica universal y una transformación de fondo del sistema del *welfare*. Subrayó la necesidad de crear las condiciones -en términos de educación, capacitación, acceso a guarderías y servicios médicos etc.- que permitirían a los beneficiarios del AFDC incorporarse a la fuerza de trabajo, obligándoles a hacerlo mediante el establecimiento de un límite temporal a dicha asistencia económica.

Otros programas de asistencia monetaria -como el Supplemental Security Income (SSI) para personas de edad avanzada, o ciegas o incapacitadas que no tienen otra pensión o fuente de ingresos- o en especie, como los *food stamps* (estampillas o cupones para adquirir alimentos), significan actualmente una erogación mayor que la del *welfare*. No obstante, ningún programa ha sido tan controvertido como éste. Proporcionar asistencia monetaria directa a personas porque tienen hijos -muchas veces fuera del matrimonio- y no pueden proveer por ellos, ya sea porque no tienen empleo o porque su empleo es mal remunerado, se opone rotundamente a la ética protestante. Esta contradicción dio lugar a la evolución de un sistema de asistencia pública o *welfare* repleto de deficiencias e inconsistencias, que no necesariamente estarán resueltas con la nueva legislación.

En primer lugar, aunque existían ciertos lineamientos y aportaciones federales, cada estado administraba su propio programa de AFDC. Los montos promedio por familia variaban enormemente, desde alrededor de \$187.00 dólares mensuales en Mississippi a \$655.00 dólares en Vermont.⁴⁴ Hasta 1961, una familia no podía recibir asistencia si ambos padres estaban presentes en el hogar, aun estando desempleados. En la práctica, esto llevó a un gran número de padres sin empleo a abandonar a sus familias para que la madre sola con los hijos pudieran recibir el apoyo del AFDC. Entre 1961 y 1990 cada estado tenía libertad para decidir si los hijos que habitaban con los dos padres podían recibir ayuda en caso de desempleo de ambos. Una enmienda de 1988 obligaba

⁴³ William Clinton, "State of the Union Address", Federal Information Systems Corporation, Washington, D.C., 18 de febrero de 1993, p. 6.

⁴⁴ U.S. Department of Health and Human Services, *Annual Statistical Supplement to the Social Security Bulletin*, 1993, USGPO, Washington, D.C., 1993, p. 331.

a los estados a proporcionar, desde 1990, por lo menos 6 meses de *welfare* en estos casos.⁴⁵

Otro problema era que aún cuando la meta explícita consistía en lograr que las personas transitaran del *welfare* a la autosuficiencia, las provisiones para la terminación de los pagos directos y de otros beneficios -como guarderías y gastos médicos para quienes obtengan otros ingresos- eran tales que generalmente desincentivaban la incorporación al trabajo remunerado. Los procedimientos para determinar el derecho a recibir el AFDC eran muy complicados y sujetos a caprichos o modas burocráticas que a menudo ponían los criterios de eficiencia o eliminación de los abusos muy por encima de la tarea de proporcionar ayuda a quienes la necesitaban.

Aunque el número de familias que reciben *welfare* llegó a un máximo récord a principios de 1993, el número de niños que viven en la pobreza -que disminuyó del 27.3% en 1959 a alrededor del 15% a principios de los años setenta- se ha incrementado desmedidamente en los últimos quince años, situándose arriba del 20% durante la mayor parte de los años ochenta y lo que va de los años noventa.⁴⁶ En 1994 se estimaba que aproximadamente 20 millones de personas más en los Estados Unidos estarían viviendo en la pobreza sin el beneficio de los programas gubernamentales existentes. Sin embargo, más del 50% de la gente que recibe tales beneficios aún permanece en la pobreza.⁴⁷ Se estima que la eliminación de beneficiarios, con base en la nueva legislación aprobada en agosto de 1996, significará que por lo menos unos 2.6 millones de personas más se encontrarán en la pobreza.⁴⁸

Sólo 2/3 de las personas pobres en los Estados Unidos reciben algún tipo de asistencia gubernamental directa, ya sea monetaria o en especie como los *food stamps*. Por otra parte, no obstante la controversia constante generada por el monto del gasto gubernamental dedicado a este tipo de programas, la

erogación para el *welfare* ha disminuido en términos reales en comparación con 1973. Al mismo tiempo, el gasto para *SSI* y *food stamps* ha crecido. Sin embargo, en los últimos veinte años la pobreza ha aumentado 60%, mientras que el gasto combinado para *welfare* y *food stamps* incrementó sólo 43%.⁴⁹ En otras palabras, las erogaciones gubernamentales para combatir la pobreza no han crecido tanto como la pobreza misma, en una época caracterizada por periodos importantes de crecimiento económico, pero acompañado con crecientes desigualdades en la distribución del ingreso.

En este contexto, a principios de agosto de 1996 el Congreso aprobó -después de dos vetos presidenciales de versiones anteriores- la legislación para modificar el sistema actual de asistencia pública directa o *welfare*. Esta versión cuenta finalmente con el aval de Clinton quien había manifestado unos días antes que esta vez sí estaría dispuesto a firmar la propuesta. La iniciativa sustituiría el sistema de AFDC, con lo que se llaman *block grants*, asignaciones de un monto fijo, para que los estados implementen sus propios programas de asistencia sin tener, ahora, que garantizar beneficios a todos aquellos que cumplen requisitos establecidos por el gobierno federal. Madres solteras menores de 18 años tendrán que residir con sus padres y permanecer en la escuela para recibir asistencia y aún así cualquier gobierno estatal puede optar por negarles ayuda monetaria. Además, cuando nazca otro bebe se podrá negar dinero adicional a una familia que ya recibe asistencia. Se establece un límite de dos años consecutivos durante los que una familia podrá recibir asistencia y un límite total de cinco años.⁵⁰ La Oficina del Presupuesto del Congreso considera que 2.8 millones de los 5 millones de familias que ahora reciben *welfare* podrían resultar afectadas por alguna disminución o la terminación de sus percepciones.⁵¹

Pero además del AFDC, que fue el blanco principal de la nueva legislación, hay algunas modificaciones para otros programas asistenciales por lo que ciertos grupos específicos serán afectados. Los inmigrantes legales no podrán

⁴⁵ George J. Church, "Ripping Up Welfare", *Time*, vol. 148, núm. 8., 12 de agosto de 1996, p. 21.

⁴⁶ Thomas Corbett, "Changing the culture of welfare", *Focus*, vol. 16, núm. 2, invierno 1994-1995, p. 15; y *Poverty in the United States: 1992*, op. cit., p. 104.

⁴⁷ Robert H. Haverman y John Karl Scholz, "The Clinton welfare reform plan: Will it end poverty as we know it?" *Focus*, vol. 16, núm. 2, invierno 1994-1995, p. 3; y *Poverty in the United States: 1992*, op. cit., p. xvii.

⁴⁸ Cifras del Urban Institute citados por Daniel Patrick Moynihan durante el debate en el Senado, citado en *The New York Times*, 2 de agosto de 1996, p. A10.

⁴⁹ Robert H. Haverman y John Karl Scholz, op. cit., p. 3; y *Poverty in the United States: 1992*, op. cit., p. xvii.

⁵⁰ "The New Welfare Bill; The Buts About It", *Time*, vol. 148, núm. 8., 12 de agosto de 1996, p. 22; y George J. Church, op. cit., p. 21.

⁵¹ Ver *The New York Times*, 25 de marzo, 1995, pp. 1, 9; *The Washington Post*, 25 de marzo, 1995, pp. 1, 14; y *Los Angeles Times*, 25 de marzo, 1995, pp. 1, 20.

recibir asistencia pública en forma monetaria ni *food stamps*. A partir de ahora los nuevos inmigrantes legales no podrán recibir los beneficios del *medicaid* durante los primeros cinco años en el país. Nadie que haya sido encontrado culpable de una ofensa relacionada con las drogas podrá recibir asistencia monetaria ni *food stamps*. Personas pobres, entre los 18 y 50 años de edad que no tienen hijos, sólo recibirán *food stamps* durante tres meses en un periodo de tres años; sólo en caso de haber sido despedidas de su empleo tendrán derecho a tres meses más durante el mismo periodo. También habrá recortes, i.e. disminución en el crecimiento previsto, para la erogación federal por concepto de *food stamps* a lo largo de los próximos seis años.⁵²

Este conjunto de propuestas transformará radicalmente el sistema de asistencia pública existente hasta hoy, prácticamente eliminando el papel normativo del gobierno federal y estableciendo un límite de tiempo para la percepción de la ayuda económica. Sin embargo -dadas las tendencias actuales del desempleo y el aumento significativo de los *working poor* en los Estados Unidos hoy día- no hay nada que asegure que las personas que anteriormente recibían el AFDC -que ahora dejará de existir como tal- podrán obtener trabajo y que cuando lo tengan puedan ganar lo suficiente para mantener a sus familias fuera de la pobreza.

La incidencia de pobreza entre los niños estadounidenses es actualmente más de dos veces mayor que la de Canadá y el Reino Unido, cuatro veces mayor que la de Francia, diez veces mayor que la de Suecia, y más alta que la de cualquier otro país altamente industrializado.⁵³ Según estimaciones del Urban Institute, los beneficios para 3.5 millones de niños que recibían *welfare* serán eliminados para el año 2001 y para 2005 los beneficios de unos 4.9 millones de menores habrán sido cancelados.⁵⁴ Con la nueva legislación, es probable que en vez de eliminar las ineficiencias e inequidades de la asistencia pública, éstas se verán acentuadas y la pobreza aumentará aún más.

⁵² "The New Welfare Bill; The Buts About It", *op.cit.*, p. 22; y George J. Church, *op.cit.*, p. 20.

⁵³ Thomas Corbett, *op.cit.*, p. 15.

⁵⁴ Cifras del Urban Institute citados por Daniel Patrick Moynihan durante el debate en el Senado, citado en *The New York Times*, 2 de agosto de 1996, p. A10.

Consideraciones finales

Innegablemente, el sistema de seguridad social estadounidense requiere de reformas para adecuarse a las realidades y exigencias de la época actual. En la introducción a su libro reciente *The End of Work*, Jeremy Rifkin señala que a nivel global el desempleo ha llegado a su nivel más alto desde la gran depresión de los años treinta.⁵⁵ Más de 800 millones de personas en el mundo están desempleados o subempleados.⁵⁶ En los Estados Unidos, a pesar de la mejora en los principales indicadores económicos, la inseguridad y la inestabilidad se ha incrementado para un número creciente de trabajadores. Nunca se habían registrado tantos despidos en una época de expansión económica.⁵⁷ Por otra parte, uno de cada tres trabajadores estadounidenses son lo que se llama *contingent workers*, es decir ocupan puestos temporales o de tiempo parcial y es previsible, que en algunos años más, podrá haber más *contingent workers* que trabajadores con puestos permanentes de tiempo completo.⁵⁸ Robert Reich observa que "estos trabajadores están fuera del sistema tradicional de las relaciones entre los trabajadores y la empresa" y "conforme cantidades crecientes de personas se ubican en empleos temporales o de tiempo parcial y trabajan para diversos patrones, empieza a debilitarse el contrato social".⁵⁹

Frente a la creciente inseguridad impuesta por las nuevas condiciones prevalecientes en el mercado, los estadounidenses han perdido su fe en aquellos instrumentos gubernamentales creados, precisamente, para contrarrestar las iniquidades del mercado. Al mismo tiempo estos instrumentos han demostrado que son insuficientes para subsanar las nuevas desigualdades impuestas por la creciente competencia y las transformaciones de los procesos productivos a nivel mundial. En años recientes la tendencia ha sido la de preferir e intentar

⁵⁵ Jeremy Rifkin, *The End of Work*, G. P. Putnam's Sons, New York, 1996, p. xv.

⁵⁶ Organización Internacional del Trabajo, boletín de prensa, OIT, Washington, D.C., 6 de marzo de 1994 y Organización Internacional del Trabajo, *The World Employment Situation, Trends and Prospects*, OIT, Ginebra, Suiza, 1994, citados en Rifkin, *op.cit.*, p. xv.

⁵⁷ "The Downsizing of America", *The New York Times Company, Inc.*, Times Books, Random House, New York, 1996, p. ix.

⁵⁸ Janice Castro, "Disposable Workers", *op.cit.*, p. 40.

⁵⁹ Citado por Janice Castro en *op.cit.*, p. 40.

propiciar respuestas individuales a problemas cuyas soluciones, sin duda, rebasan las capacidades y las voluntades individuales. Se pretende ahora resolver vía el mercado las carencias que existen precisamente porque no todos los concurrentes llegan al mercado en condiciones iguales.

Es el mercado que ha producido "los salarios disminuidos, el creciente desempleo, y la creciente polarización entre ricos y pobres" que según Jeremy Rifkin "esta convirtiendo a partes de Estados Unidos en una cultura sin ley o fuera de la ley (*an outlaw culture*).⁶⁰ Este autor asevera que "mientras la mayoría de los estadounidenses consideran que el desempleo y el crimen son los problemas más importantes que tiene el país, pocos están dispuestos a reconocer la relación indisoluble que existe entre los dos".⁶¹ Ambos, sugiere Rifkin en su inquietante obra, son, a fin de cuentas, el resultado de las fuerzas, aparentemente inexorables, del mercado.⁶² Para él, la redefinición de las oportunidades y las responsabilidades de millones de personas, en una sociedad en que ya no existirá el empleo formal a nivel masivo, será, probablemente, el problema social más apremiante del próximo siglo.⁶³ Esta nueva realidad a la que los Estados Unidos tendrá que enfrentarse -al igual que muchos otros países del mundo, tanto ricos como pobres- es lo que llevó a Robert Reich a formular la pregunta, "¿Qué es lo que nos debemos, los unos a los otros, como miembros de la misma sociedad, pero quienes ya no vivimos la misma realidad económica?"⁶⁴

Las recientes reformas al sistema de seguridad social estadounidense, y las que seguramente vendrán en los próximos años si prevalece el actual clima político y social, disminuyen los compromisos y la injerencia del gobierno federal con respecto a los instrumentos de política social. Sin embargo, lo más probable es que con este tipo de reformas -que pretenden solucionar las iniquidades del mercado a través del mismo mercado que las creó- no se resolverá el problema del déficit fiscal ni tampoco se subsanarán las deficiencias y los defectos del actual sistema de seguridad social. Se requiere

más seguridad, en vez de menos, para quienes menos tienen, para que sus hijos tal vez puedan romper el círculo vicioso de la pobreza que se expande alrededor de toda la opulencia que se genera en el mercado, para un grupo reducido de privilegiados.

⁶⁰ Jeremy Rifkin, *op. cit.*, p. 212.

⁶¹ *Ibidem*.

⁶² Ver Rifkin, *op. cit.*, capítulo 14.

⁶³ *Ibidem*, p. xv.

⁶⁴ Robert Reich, "The Economic Crisis of Urban America", *Business Week*, 18 de mayo de 1992, p. 38, citado en Rifkin, *op. cit.*, p. 180.

Conclusiones

1. Las reformas a la seguridad social y a los sistemas de pensiones en particular son parte del proceso de reestructuración neoliberal que está ocurriendo en América Latina y en el resto del planeta.

En ese proceso se han conjuntado dos necesidades, de un lado, una que arranca de la situación financiera crítica de los sistemas de seguridad social que han madurado en los distintos países y se enfrentan a situaciones tales como el cambio en la pirámide demográfica, que implica alargamiento de la vida y más jubilados, pero un número relativamente menor de trabajadores activos. Los sistemas también han sido golpeados en los ochenta y noventa por caídas de los salarios reales, más desempleo y subempleo y creciente informalidad; esto último ha dado como resultado menos y más bajas cotizaciones.

La segunda necesidad se vincula a la acumulación de capital, aquí tres elementos deben ser tenidos en cuenta: el capital requiere de una disminución de los costos laborales, por la vía de la caída del salario real, (lo que ha venido ocurriendo) y por la disminución del salario social. Estos "ahorros" en costos durante los años ochenta vendrían a compensar el menor ritmo de crecimiento de la productividad y el deterioro de las tasas de ganancia. Un segundo elemento es la recomposición de la tasa de ganancia vía la tercera revolución tecnológica y la flexibilización de las relaciones laborales y finalmente, el tercero sería el uso de las cuotas de las pensiones como una masa de ahorro forzoso y en crecimiento, con estabilidad de largo plazo, que vendría a fortalecer el alicaído ahorro interno, cuya disminución parecería ser un fenómeno global.

2. Las reformas de los sistemas de pensiones van en la dirección de la

privatización de su administración y la valorización de los fondos a través de la capitalización individual de las cuentas. Cuestiones complementarias son las exigencias de un mayor tiempo de cotización para acceder a la jubilación (en México se pasa de 500 a 1250 semanas) y el alargamiento de la vida laboral, al recorrer la jubilación de los 60 a los 65 años.

3. Es necesario destacar que las reformas no contienen mecanismos reales y a veces tampoco formales, de ampliación de la cobertura. Si todo va bien “solucionarán” el problema de los trabajadores formales que cada vez son menos. La ruptura de los mecanismos de solidaridad generacional e intergeneracional, inhiben la ampliación por este mecanismo, que ha sido utilizado en el pasado en México. La posibilidad de la ampliación quedaría sujeta al financiamiento estatal (pensiones asistenciales) o a la cotización voluntaria de los trabajadores por cuenta propia, pero este mecanismo está dirigido en la práctica a un grupo de habitantes y trabajadores que por regla general son parte de la población pobre y por lo tanto, difícilmente pagará cotizaciones de manera regular y por el tiempo necesario.

4. Las tendencias previsibles que se deducen del tipo de reforma, es de una parte, que no ampliará la cobertura, no tiene ningún mecanismo directo para hacerlo, ni a corto, ni a largo plazo.

Tampoco existe ninguna garantía de que mejoren las pensiones. La mejoría requiere de tres componentes para poder ocurrir:

- un crecimiento rápido y sostenido de la economía que eleve los salarios reales
- una rentabilidad real anual no inferior al 3% y de preferencia del orden del 5%.
- que el trabajador cotice regularmente y por más de 35 años.

No hay ningún mecanismo ni en la ley, ni en la economía, que pueda garantizar los componentes de comportamiento señalados. En el caso de Chile, el bono de reconocimiento, que es el compromiso financiero del Estado para con los trabajadores que cambian al sistema de capitalización individual y representa las cotizaciones previas en el sistema de reparto, ha permitido elevar las pensiones pues ha sido alto. A lo anterior se agrega un alto nivel de rentabilidad real de los fondos en el periodo que lleva en operación el nuevo sistema (12%

real de promedio). En México el bono de reconocimiento no existe y no sabemos lo que ocurrirá con la rentabilidad de las cuentas individualizadas.

5. La reforma de las pensiones no resolverá en México (como no lo ha hecho en ninguna parte) el déficit de ahorro interno. Se está calculando que para la etapa inicial se aportaría alrededor del 1% del PIB y si a mediano plazo los salarios reales suben y el empleo crece, podría elevarse este monto. En el caso de Chile representa alrededor del 3.5% del PIB y oscila entre un 15 a un 18% del total del ahorro interno. En síntesis, cuantitativamente este fondo no resuelve las necesidades de ahorro, pero unido a otras políticas y reformas podría crear condiciones favorables al crecimiento de la inversión que es el verdadero problema que enfrentamos. Por otra parte, este ahorro previsional crea un déficit previsional anual que tiene que asumir el Estado (en el caso de Chile el déficit previsional anual todavía es superior al ahorro), pero que afecta al conjunto del ahorro interno. Aunque en las justificaciones de la reforma se señala que en 30 años las pensiones pueden representar el 60% del PIB, esto es un acumulado, lo importante desde el punto de vista del financiamiento es cuanto ahorro nuevo se incorpora cada año.

6. Estamos convencidos que las políticas destinadas a crear un ahorro genérico y abstracto no son correctas. Todo parece indicar y así lo estaría reconociendo el propio FMI, que el crecimiento es primero que el ahorro y obviamente la inversión es primero que el crecimiento, por lo tanto, lo importante es desarrollar políticas coherentes con esa relación de causalidad y no poner la carreta delante de los bueyes, como se ha estado haciendo en México.

7. Según las propuestas y los argumentos de la reforma, con ella mejorará todo : las finanzas de la seguridad social, el monto de las pensiones, el nivel de ahorro interno y a la larga, la cobertura. Toda esta argumentación se fundamenta en que la privatización y el mercado hacen eficiente hasta lo óptimo, cualquier proceso económico social. El criterio básico de eficiencia es el de la rentabilidad, mientras que lo óptimo no es cuantificable en la práctica. Algunos procesos de privatización han mejorado los resultados de las empresas, pero en la mayoría de los casos ello ocurrió por incremento de tarifas (teléfonos, electricidad). En otros no puede negarse que ha habido ampliación de los servicios. Pero todo ha ido acompañado hasta ahora de pérdida de beneficios sociales y/o de procesos de exclusión, pues se accede a los servicios privatizados, sólo si es posible pagar y a precios altos. Si las reformas a la

seguridad social generarán más bienestar social, es un asunto que está todavía por probarse y esto es especialmente cierto para la reforma de las pensiones, pues su resultado real se verá en decenas de años.

8. Un argumento que se ha venido esgrimiendo para la privatización de la seguridad social, es que sus costos vienen creciendo y no serían financiables. Aquí es necesario definir quien no podría financiar. La seguridad social (que incluye salud) es hoy día más cara en Chile, como porcentaje del PIB, que cuando era pública. En Estados Unidos donde coexisten un sistema público y privado, el creciente desarrollo de los fondos privados de pensiones y de la atención privada a la salud, está llevando a un gasto como porcentaje del PIB "desproporcionado", pero eso no está en cuestión, el gasto privado creciente no se estigmatiza, salvo como defensa de los consumidores, frente a eventuales abusos de los prestadores de servicios. Lo que se está poco a poco recortando es el gasto público, éste es el que se haría no financiable. En cambio aparentemente a nivel privado el gasto sí podría hacerse, pero el encarecimiento de los servicios nos conduce hacia la exclusión de los pobres. La seguridad social iría perdiendo su carácter de derecho social y su función redistributiva.

9. La reforma al sistema de salud es parcial en el caso de México y éste permanece en lo esencial como un servicio público para los que pertenecen al IMSS. En su aspecto financiero la reforma representaría una baja de las cotizaciones para patrones y trabajadores y una alza de las contribuciones estatales. En realidad para las pequeñas y medianas empresas podría significar un incremento de costos, dado que los salarios se sitúan entre 1 y 2 salarios mínimos, la demostración de porque afirmamos esto puede constatarse en el trabajo referido al tema. Por otra parte no queda claro como la reforma garantiza un incremento de los ingresos del sistema, pues al disminuir la cotización el incremento sólo podría ocurrir por un alza de los salarios reales, lo cual está fuera de control del IMSS o por un mejoramiento de la recaudación en tiempo y montos. Es previsible que a mediano plazo el sistema puede enfrentarse a serios problemas financieros.

10. El seguro de salud para familias de cotización voluntaria, aunque es barato en términos absolutos, es caro en relación a los ingresos de la mayoría de la población descubierta. En 1996 representa más del 10% de un ingreso equivalente a dos salarios mínimos. Es difícil de creer que la población en estado de pobreza pueda tener la capacidad y la disciplina para hacer este tipo

de pago, retirando este 10% de lo que requiere para mal comer.

11. Es altamente cuestionable que el Estado destine importantes recursos a favorecer a la población ya cubierta, aunque esto beneficie a los usuarios de menos recursos. El interés por bajar los costos al sector empresarial es evidente. Al hacer este subsidio el Estado limita seriamente sus capacidades para procurar servicios a los más pobres y buscar una real universalización de la cobertura. Lo anterior es cierto tanto en pensiones como en salud.

12. Finalmente, no podemos dejar de señalar los riesgos que implica el introducir la lógica del mercado y la ganancia en un espacio de servicios públicos destinado a generar menos niveles de desigualdad y construir relaciones de solidaridad sociales. Es evidente que la seguridad social debe permanecer en la esfera de lo público y como una cuestión de interés general. Los criterios de eficiencia no pueden quedar vinculados a la rentabilidad de empresas privadas, por el contrario aquí la calidad y la oportunidad del servicio, así como el mayor nivel de cobertura posible son decisivos a la hora de evaluar. Es evidente que la privatización implica los riesgos propios del mercado, pero además los de un mercado que no es transparente y donde la premura no permite, en muchos casos, hacer opciones racionales y donde la política de abaratar costos además de no conducir necesariamente a la eficiencia puede ser hasta peligrosa. Un ejemplo lo está siendo lo que acontece en la aviación comercial, a juzgar por la cantidad de aviones caídos en 1996.

Juan Arancibia
Berenice Ramírez

Bibliografía y Hemerografía sobre Seguridad Social

- ARANCIBIA Córdova, Juan "Algunas Reflexiones sobre Organización y Financiamiento de la Seguridad Social", en *Revista Papeles de Población*. Toluca, México, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de Población, Universidad Autónoma del Estado de México, No. 10, enero-marzo, 1996
- ARANCIBIA Córdova, Juan y Ramírez López, Berenice "En Torno al Denominado Efecto Tequila", en *Problemas del Desarrollo*, México, IIEc-UNAM, No. 101, vol. 26, abril-junio, 1996.
- ARROW, Kenneth J., "La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas", en *Economía de la salud*, 1981,
- BANCO Mundial *Envejecimiento sin Crisis. Políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento*, Washington, D.C. 1994, 240 pp.
- BANCO Mundial *Informe sobre el Desarrollo Mundial .Invertir en Salud*, Washington, D.C. 1993, 329 pp.
- BARR, Nicholas. *The economics of the welfare state*. 2a. ed. Londres, Weidenfield and Nicolson, 1993.
- BARRETO E. Francisco, (editor), *Social Security Systems in Latin America*, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C, 1994.
- BEBERIDGE William, *Las Bases de la Seguridad Social*, Biblioteca de la Salud, F.C.E-Instituto Nacional de Salud Pública, 1987. 271 pp.
- BLOOM, E "Health and health care in México". Documentos de Trabajo-División de Economía, No. 42. México: CIDE.
- BOWEN Herrera , Alfredo, *Introducción a la seguridad social*, Editorial Jurídica de Chile, 1992, p. 152.

- CALVA José Luis (Coordinador) et.al *Distribución del Ingreso y Políticas Sociales* Seminario Nacional sobre Alternativas para la Economía Mexicana, México. Editorial Juan Pablos, Equipo Pueblo, Enlace, Foro de Apoyo Mutuo, Tomo II, 1995, 233 p.
- CEPAL-ONU, *El Gasto Social en América Latina: Un examen Cuantitativo y cualitativo*, Santiago, cuadernos de la Cepal No. 73, 1994, 167p.
- CIEDESS, *El ahorro previsional, impacto en los mercados de capitales y de la vivienda*, CIEDESS, Santiago, 1995, p. 403.
- CIEDESS, *Modernización de la seguridad social en Chile*, CIEDESS, Santiago, 1994, p.435
- CIEDESS, *Primer Seminario Internacional sobre la Experiencia Chilena en Financiamiento Habitacional*, CIEDESS, Santiago, 1993.
- CIEDLA, *La seguridad social en Latinoamérica: estudio comparativo del seguro social de Argentina y Colombia*, Buenos Aires, Serie Investigaciones Externas, 1989, p. 106.
- DÍAZ Muñoz, Ana Rita, et.al., *Sistemas de Salud en Proceso de Reforma*, OPS OMS, Buenos Aires, 1994, p.401.
- F. M. I., *El Ahorro en una Economía Mundial de Crecimiento, El mercado de Valores*, México, No. 8 y 9 de 1995.
- FAUSO-CIID-FESCOL, *Regímenes Pensionales*, Colombia, 1992.
- FRENK Julio *El financiamiento como instrumento de política pública*, ponencia presentada en el Seminario Internacional Sobre Economía y Financiamiento de la Salud, CIESS, Banco Mundial, México, diciembre de 1993.
- FUNSALUD, "Compromiso social de Funsalud, Novena asamblea general de asociados", en *Cuadernos Funsalud*, México, 1995, no. 11. p. 20.
- FUNSALUD, "Demanda y oferta de servicios. Obstáculos a la mejora del sistema de salud en México", en *Documentos para el análisis y la convergencia*, México, 1994, no. 6.
- FUNSALUD, "Encuesta nacional de satisfacción con los servicios de salud", 1994, en *Documentos para el análisis y la convergencia*, México, 1994, no. 14.
- FUNSALUD, "Funsalud y el desarrollo de recursos humanos 1985-1994", en *Cuadernos Funsalud*, México, 1995, no. 14, p. 286.

- FUNSALUD, "Hacia la reforma del sistema de salud: una propuesta estratégica", en *Documentos para el análisis y la convergencia*, 1994, no. 12.
- FUNSALUD, "La responsabilidad social de las empresas", en *Cuadernos Funsalud*, 1995, no. 13, p. 24.
- FUNSALUD, "La tecnología en salud: riesgos y oportunidades en el contexto de la globalización", en *Cuadernos Funsalud*, México 1994, no. 4, p. 29.
- FUNSALUD, "Las cuentas nacionales de salud y el financiamiento de los servicios", en *Documentos para el análisis y la convergencia*, México, 1994, no. 7.
- FUNSALUD, "Manuel Martínez Báez: su obra en la salud pública y la sociología médica", en *Cuadernos Funsalud*, México, 1994, no. 6, p. 49.
- FUNSALUD, "The Funsalud model: experience of a decade 1985-1995", en *Cuadernos Funsalud*, México, 1995, no. 15, p. 33.
- FUNSALUD, Bases doctrinarias de la reforma en salud, en *Documentos para el análisis y la convergencia*, México, 1994, no. 2, p. 48.
- FUNSALUD, *Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de salud*, Funsalud, México, 1994, p. 401.
- FUNSALUD, *La Dimensión Política en los procesos de Reforma del Sistema de Salud* México, Documentos para el análisis y la convergencia, No. 13, 103 p.
- FUNUAP *Estado de la Población Mundial. Decisiones para el Desarrollo*, O.N.U. Fondo de Población para las Naciones Unidas, 1995.
- GIANCARLO Corsetti y Claus Schmidt-Hebbel, *Pension reform and growth*, Banco Mundial, Washington DC, 1994.
- GÓMEZ DE LEÓN, José (Coordinador), 1995. *La demanda de servicios de salud en México*. México, D.F., CONAPO.
- HAM Chande, Roberto, *Consideraciones sobre el subsistema de estadística e indicadores de la seguridad social en América Latina*, IMSS, México, 1996, p. 25.
- LAURELL Asa Cristina (Coord) *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*, México, Friedrich Ebert Stiftung-UAM, 1era, reimpresión, 1995, 128 p.

- LAURELL Asa Cristina *La reforma de los Sistema de Salud y de Seguridad Social. Concepciones y Propuestas de los distintos actores sociales*, México, Friedrich Ebert Stihung, Cuadernos de Trabajo No.47, 1995, 147 p.
- LAURELL Asa Cristina, *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo*, México, Friedrich Ebert Stihung, 1 reimp. 1994, 239 p.
- LAURELL Asa Cristina, *La Política Social del Pacto Posrevolucionario y el Viraje Neoliberal*, ponencia, coloquio, Hacia una Política Social alternativa, México, 30 y 31 de mayo de 1996, 22 p.
- LERNER Bertha *América Latina: Los debates en Política Social, Desigualdad y Pobreza*, colección Ciencias Sociales, México, Editorial Miguel Angel Porrúa, 1996, 187 p.
- MACEDO Cintra, Marco Antonio "Represión Financiera y Patrón de Financiamiento Latinoamericano", en *Revista de la CEPAL*. Santiago, Chile, No. 53, agosto de 1994
- MESA-LAGO, Carmelo, *La reforma de la seguridad social en América Latina y el Caribe*, CIEDESS, Santiago, 1994, p. 265.
- MORENO Pedro (Coord) *La Seguridad Social y los Trabajadores*, México, Friedrich Ebert Stihung-Congreso del Trabajo, 1994, 175 p.
- MUSHKIN, Selma J., "La salud como Inversión, en WHITE Kerr, *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*, OPS OMS, Washington, 1992.
- NARRO Robles, José y Moctezuma Barragán, Javier (compiladores) *La Seguridad Social y El Estado Moderno*, México, F.C.E-IMSS-ISSSTE, 1992.
- OIT, *La seguridad social en la perspectiva del año 2000*, OIT, Suiza, 1984, p.136
- OLIVOS, Luis, *Factores demográficos y análisis de sectores sociales*, Colegio de México, México, 1972, p. 519.
- OPS *Gasto Nacional y Financiamiento del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa*. Washington, D.C, Serie Informes Técnicos No.30.
- OPS-OMS, *Bibliografía anotada sobre seguridad social*, OPS OMS, Serie Bibliografía No. 2, Washington, 1993, p. 180.

- ORGANIZACION Internacional del Trabajo (OIT) *Seguridad Social en las Américas: cuestiones y opciones*. Documento de trabajo elaborado por el Departamento de Seguridad Social. TRMESSA/1993
- ORTEGA Medina Antonio, *El régimen de Seguridad Social en México*, Instituto Mexicano de Contadores Públicos, México, Conferencia dictada en el auditorio del IMSS el 6 de julio de 1961.
- ORTEGA Medina, *México y La Seguridad Social*, México, IMSS, 1952.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION *Health Conditions in the Americas*, Washington, D.C., 1994.
- PIÑERA, José, *El cascabel al gato, la batalla por la reforma previsional*, Zig Zag, Santiago, 1991, p. 172.
- PODER Ejecutivo Federal "Programa de Reforma del Sector Salud 1991-2000", México, 1995, 82 p.
- POLÍTICAS de Desarrollo, Banco Interamericano de Desarrollo, junio 1996, Washington, D.C.
- PRESIDENCIA de la República, *Iniciativa de la nueva Ley del Seguro Social*, exposición de motivos, Presidencia de la República, México, 1995, p. 71.
- PRESIDENCIA de la República, *Reglamento de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro*, de la República, México, 9 de octubre de 1996.
- PROGRAMA de Economía del Trabajo (PET) "La Rentabilidad de los Fondos de Pensiones", en *Indicadores Económico Sociales*. Santiago, Chile. Núm. 137, marzo-abril, 1996
- RAMÍREZ López Berenice P. "El contexto económico de las reformas a la seguridad social y el papel del Estado", ponencia presentada en el Seminario Internacional de Economía de la Salud, Villa Clara, Cuba, diciembre de 1995.
- RAMÍREZ, Arancibia, Gutierrez, Restrepo, Castro. "Pensiones, Prestaciones y Servicios Médicos, *Momento Económico*, México, IIEc-UNAM, 1996, No. 85, 42p.
- REDORTHA Zúñiga Estela "Reestructuración de los Servicios de Salud: Cambio de la Mezcla Público-Privada" México, CIDE, Documento de Trabajo, Núm.13, 1993, 73 p.
- REFORMA Previsional en América Latina, *Comercio Exterior*, México, Bancomext, vol.46, Núm.9, sept.1996.

- RUIZ Duran, Clemente, et.al., *Sistemas de bienestar social en Norteamérica*, Análisis comparado, México, Sedesol, 1994, p. 167.
Santa Clara, Cuba, 2 de diciembre de 1995.
- SAPAG. Chain, Reinaldo, *Evolución del Sistema Privado de Pensiones en Chile*. Santiago, Chile. Publicado por la IPCTT en Ediciones Copygraph.
- SCHUARZ Anita, Sistema de Pensiones redistribución o ahorro, "Finanza y Desarrollo", Washington, FMI, junio de 1995
- SECRETARIA de salud, "Indicadores en salud. resultado de los programas nacionales", en *Cuadernos de Salud*, México, 1994, no. 2, p. 69.
- SEGURIDAD Social: Reforma Profunda, *El Cotidiano*, México, UAM-Azcapotzalco, sep. 1996, 120 p.
- SOBERON G. J. Kumate, J. Laguna, comps. *La salud en México. Testimonios* 1988, Fondo de Cultura Económica, México.
- TREVIÑO Norberto, Cervantes Porfirio, Valle Armado *Opciones de Reforma de la Seguridad Social*, Una agenda para la Reforma, México, Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) Serie Estudios 13, 289 p.
Una agenda para la Reforma.
- UTHOFF Andras y Raquel Szalaschman (editores), *Sistema de Pensiones en América Latina y el Caribe* volumen 3, Proyecto Regional Políticas Financieras-CEPAL-PNUD, Santiago de Chile, 1994.
- UTHOFF, Andras, *Reformas a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe*, CEPAL, Santiago de Chile, 1995.
- VALDÉS Prieto Salvador, *Earnings-related mandatory pensions: concepts for design*, Banco Mundial, Washington DC, 1994.
- VILAS Carlos M. (Coordinador) *Estado y Políticas Sociales después del ajuste* Caracas, Editorial Nueva Sociedad-UNAM, 1996, 202 PP.

Sobre los autores

Saúl Osorio Paz

Doctor en Economía, Investigador del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Responsable del proyecto "Las reformas a la seguridad social en México y América Latina" PAPIIT-ES-302895, financiado por la DGAPA, Ex-rector de la Universidad de San Carlos en Guatemala. Su área de especialización son los temas relacionados con la Deuda Externa Latinoamericana. Es autor de libros individuales, colectivos y de distintos artículos de revistas de circulación internacional.

Berenice P. Ramírez López

Investigadora y Coordinadora del Área de Economía Mundial y América Latina, del Instituto de Investigaciones Económicas. Licenciada en Sociología. Maestra en Estudios Latinoamericanos con Posgrado en Desarrollo Económico y estudios de doctorado. Corresponsable del proyecto, "Las reformas a la seguridad social en México y América Latina". Premio Distinción Universidad Nacional para Jóvenes Académicos, 1991. Profesora de la DEP-FCP y de diversos diplomados y cursos en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, CIESS. Autora de libros y artículos relacionados con el desarrollo económico de América Latina.

Patricia L. Olave Catillo

Investigadora del Instituto de Investigaciones Económicas. Licenciada en Economía, Maestra de Estudios Latinoamericanos, con estudios de Doctorado

en Ciencias Sociales (UAM-X). Autora de diversos artículos y capítulos de libros relacionados con cuestiones del desarrollo económico y la política social. Su más reciente publicación es el libro denominado *El proyecto neoliberal en Chile y la construcción de una nueva economía*, coedición IIEC-El Caballito.

Luis Gutiérrez Urdaneta

Investigador del Centro de Estudios sobre América de la Habana, Cuba. Licenciada en economía con estudios de posgrado en economía política. Autor de diversos artículos relacionados con el desarrollo económico de América Latina, en particular con los procesos de privatización y el ajuste del Estado empresario. Especialista en economía cubana.

Angelina Gutiérrez Arriola

Investigadora del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Socióloga, con estudios de Maestría en Estudios Latinoamericanos y Economía, autora de diversos libros y ensayos sobre el tema de transnacionalización y su impacto social "Reflexiones sobre los cambios en la Reestructuración del Capital y del Trabajo en México en el contexto de la Crisis", así como de diversos artículos sobre el tema de la seguridad social como son "Salud y Seguridad Social" y "Crisis y Reestructuración del IMSS".

Jairo Humberto Restrepo Zea

Jefe del Departamento de Economía de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Licenciado en Economía por la Universidad de Medellín y Maestro en Gobierno y Asuntos Públicos por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, México). Autor de diversos artículos especializados en temas sobre economía de la salud.

Erik Bloom

Doctor en Economía por la Universidad de Yale, Estados Unidos. Actualmente es investigador de Fedesarrollo en Santa Fe de Bogotá, Colombia. Ha sido investigador de la división de Economía del Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE) de México y asesor de diversas instituciones internacionales relacionadas con la Seguridad Social.

Juan Alberto Arancibia Córdova

Candidato a Doctor en Economía por la UNAM. Maestro en Economía y Planificación del Desarrollo POSCAE, Honduras. Licenciado en Historia por la Universidad de Chile. Investigador del Instituto de Investigaciones Económicas. Profesor del Posgrado de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, de la Maestría de Análisis Política de la Universidad de Querétaro y de diversos cursos relacionados con Seguridad Social en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Autor de diversos libros y artículos relacionados con la Política Económica y la Política Social en editoriales y revistas de circulación internacional.

Leticia Felicidad Treviño S.

Coordinadora Académica de la División de Actuaría y Planeación Financiera del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Contadora Pública con estudios de Maestría en Administración y especialidad en Finanzas, realizados en el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). Ha desempeñado diversos cargos en la administración del IMSS, principalmente en la delegación Zacatecas.

Elaine Levine Leiter

Investigadora de tiempo completo del IIEC. Su área de especialización es la economía estadounidense, analizando en particular la política económica, el gasto social, la distribución del ingreso, la pobreza y las desigualdades que existen en aquel país. También es profesora de la Maestría en Relaciones México-Estados Unidos de la ENEP-Acatlán de la UNAM. Ha participado como docente en varios diplomados organizados por la UNAM y por el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Autora de numerosos artículos y capítulos de libros colectivos que versan sobre la economía, la política económica y la Seguridad Social en los Estados Unidos.



HD7130.5 Q76



22699

Esta obra se terminó de imprimir en
 mayo de 1997, en los talleres de
Triana Editores.
 La edición consta de 1,000 ejemplares
 más sobrantes para reposición.

UNAM

FECHA DE DEVOLUCIÓN

El lector se obliga a devolver el libro
 del vencimiento de préstamo según el
 último sello

21 JUL 1999	21
20 FEB 2000	
02 FEB 2000	

Los autores:

Saúl Osorio Paz

Berenice P. Ramírez López

Patricia L. Olave Castillo

Luis Gutiérrez Urdaneta

Angelina Gutiérrez Arriola

Jairo Humberto Restrepo Zea

Erik Bloom

Juan Alberto Arancibia Córdova

Leticia Felicidad Treviño S.

Elaine Levine Leiter

